



**Interkulturelles Sprechzimmer – Arzt-Patient-Interaktion aus der
Sicht von Patienten mit russisch-sprachigem Migrationshintergrund
und Hausärzten.**

Ergebnisse einer „mixed-methods“-Studie.

Publikationsbasierte Dissertationsschrift
zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)
an dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Viktoria Bachmann
aus Sokuluk

Marburg 2019

Originaldokument gespeichert auf dem Publikationsserver der
Philipps-Universität Marburg
<http://archiv.ub.uni-marburg.de>



Dieses Werk bzw. Inhalt steht unter einer
Creative Commons
Namensnennung
Keine kommerzielle Nutzung
Weitergabe unter gleichen Bedingungen
3.0 Deutschland Lizenz.

Die vollständige Lizenz finden Sie unter:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/de/>

Vom Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg
als Dissertation am 10.12.2019 angenommen.

Hochschulkennziffer: 1180 Philipps-Universität Marburg

Erstgutachter: Prof. Dr. Bernd Röhrle

Zweitgutachter: Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc

Tag der mündlichen Prüfung: 16.12.2019

Erklärung

Ich versichere, dass ich meine Dissertation

**Interkulturelles Sprechzimmer – Arzt-Patient-Interaktion aus der Sicht
von russisch-sprachigen Patienten und Hausärzten.
Ergebnisse einer mixed-methods-Studie.“**

selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Danksagung

Eine Arbeit wie diese konnte nicht ohne Unterstützung entstehen. An erster Stelle bedanke ich mich herzlich bei den beiden Betreuern dieser Dissertation Herrn Prof. Dr. Bernd Röhrle und Herrn Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff. Herrn Prof. Dr. Röhrle danke ich für seine fürsorgliche beinahe väterliche Unterstützung und Anleitung am FB Psychologie. Dank unseren konstruktiven Planungsgesprächen ist das Projekt zu dem geworden, was ich in dieser Schrift präsentieren darf. Herrn Prof. Dr. med. Donner-Banzhoff danke ich dafür, dass er mich ins Team geholt und mir ein interessantes Projekt anvertraut hat. Vielen Dank für ein stets offenes Ohr, Motivation und jegliche Unterstützung in wissenschaftlichen Fragen.

Meinen Co-Autoren Prof. Dr. Oliver Hirsch, Prof. Dr. Stefan Bösner, Dr. med. Katharina Teigeler und Dr. med. Michael Völkner danke ich für die produktive Zusammenarbeit bei der Datensammlung und –auswertung. Ganz besonders danke ich Herrn Prof. Dr. Oliver Hirsch für seine methodische Unterstützung.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeitern der Abteilung der Allgemeinmedizin Uni-Marburg für das tolle unterstützende und heimelige Klima. Ganz besonders möchte ich Muazzez Ilhan, Marion Herz-Schuchhardt und Dr. Elisabeth Szabo erwähnen, die mich bei der Planung, Durchführung und Datenaufbereitung unterstützt haben.

Diese Studie hätte nicht zu einem Ergebnis führen können, wenn sich nicht 359 Personen aus Deutschland und Russland bereit erklärt hätten ihre Zeit und ihre Eindrücke mit mir zu teilen. Ich bedanke mich ganz besonders bei den Interviewpartnern, die mir ihre bewegenden Geschichten sehr offen erzählt haben. Sie haben mich sehr gerührt und zusätzlich bestärkt, dieses Forschungsvorhaben durchzuführen und in dem Bereich Interkultureller Medizin weiter tätig zu bleiben.

Ich danke meinen Lieben. Ganz besonders meinem Mann Prof. Dr. Andrej Bachmann, der selbst sehr wohl weiß, worauf ich mich da mit einer Dissertation eingelassen habe. Danke für die Geduld, das Antreiben, die Kinderbetreuung und natürlich für den technischen Support. Meinen Schwestern Anastassia und Irina Bachmann danke ich für die abschließende Redaktion des Manuskripts. Ich danke meinen Eltern für ihre Unterstützung und Daumendrücken. (Wenn ihr das hier lest, habe ich es geschafft.)

Anmerkungen im Vorfeld

Die vorliegende Arbeit stellt Ergebnisse einer Studie dar, deren Teilnehmer – Patienten wie auch z.T. Ärzte - einen russisch-sprachigen Migrationshintergrund haben und aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion stammen. Um die Lesbarkeit zu vereinfachen, werden die Teilnehmer als *Migranten* bezeichnet. Ist von einem anderen Migrationshintergrund die Rede, so ist das gesondert gekennzeichnet. Teilnehmer ohne Migrationshintergrund werden als *Deutsche* bezeichnet. Teilnehmer, die in Russland oder anderen Nachfolgestaaten der UdSSR leben, werden als *Russen* bezeichnet.

Damit wird bewusst in Kauf genommen, dass diese Bezeichnungen der staatlichen wie ethnischen Zugehörigkeit vom Großteil der Teilnehmer nicht gerecht werden – den so genannten *Russlanddeutschen*. Sie haben einen deutschen Pass und sind somit Deutsche. Auch gehören sie ihrer Abstammung nach der deutschen Volksgruppe.

Desweiteren wird zur leichteren Lesbarkeit das generische Maskulin verwendet - „Arzt“, „Patient“, „Migranten“ etc. Es sind selbstverständlich – wenn nicht gesondert betont - beide Geschlechter gemeint.

In den Fußzeilen sind Anmerkungen zu dem Text sowie Online-Informationsquellen zu finden. Im Anhang sind Studienmaterialien eingefügt.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	5
1. Einleitung.....	8
1.1 Grundlegende Elemente primärer Gesundheitsversorgung.....	8
1.1.1 Hausarzt - im Epizentrum des Geschehens	8
1.1.2 Arzt-Patient-Kommunikation als zentrales Element der medizinischen Versorgung	9
1.2 Migranten im medizinischen Kontext	20
1.2.1 Zuwanderungswege	20
1.2.2 Migranten und die medizinische Versorgung	20
1.2.3 Besonderheiten interkultureller Kommunikation	23
2. Studie	31
2.1 Das Promotionsprojekt	31
2.1.1 Migrationssensible Forschung	33
2.2 Russisch-sprachige Migranten	38
2.2.1 (Spät-)Aussiedler.....	38
2.2.2 Jüdische Zuwanderer	42
2.2.3 Sozialisation im Herkunftsland	44
2.2.4 Medizinische Sozialisation	48
2.2.5 Neue Heimat	54
2.3 Methode.....	60
2.3.1 Forschungsfragen	60
2.3.2 Qualitative Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin	60
2.3.3 Studien-Design	62
2.3.4 Datenquellen und Stichproben	65
2.3.5 Auswertung.....	68
2.4 Originalarbeiten.....	70
2.4.1 Prüfung der Messäquivalenz der verwendeten Fragebögen.....	70
2.4.2 Gesundheitsmerkmale unter Deutschen, Russen und Migranten	83
2.4.3 Vergleich der bei Hausärzten gemachten Erfahrungen von einheimischen und zugewanderten Patienten.....	97
2.4.4 Kommunikationspräferenzen.....	105
2.5 Weitere Ergebnisse (Zusammenfassung)	134
2.6 Abschließende Überlegungen.....	139

2.6.1 Diskussion der Ergebnisse und Forschungsausblick	139
2.6.2 Empfehlungen für den klinischen Alltag	142
2.6.3 Bewertung des Projekts	146
3. Literatur	148
4. Anhang	161
4.1 Übersicht der Vorträge und Veröffentlichungen	161
4.2 Studieninformationen und Erhebungsinstrumente	164

ZUSAMMENFASSUNG

Forschungsergebnisse zeigen, dass eine gelungene medizinische Interaktion, Auswirkungen nicht nur auf die Zufriedenheit mit dem Arzt-Patient-Kontakt hat, sondern auch auf End-Outcomes wie z. B. Compliance, Behandlungserfolg oder Folgekosten. Im interkulturellen Kontext kommt der Arzt-Patient-Interaktion eine besondere Bedeutung zu, kann diese doch von spezifischen Faktoren wie erschwertes gegenseitiges Verständnis sei es sprachlicher oder kultureller Natur beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund widmet sich die vorliegende Arbeit den Erfahrungen von Patienten mit Russischsprachigem Migrationshintergrund und Hausärzten mit und ohne Migrationserfahrung. Das Forschungsinteresse liegt in der Frage, welche Aspekte für die interkulturelle Arzt-Patient-Interaktion von Bedeutung sind und wie diese beeinflusst wird. Es wurde untersucht, ob sich die Erfahrungen von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Darüber hinaus wird betrachtet, ob diese Patientengruppen von ihren Ärzten gleich erlebt werden oder spezifische Schwierigkeiten wahrnehmbar sind. Des Weiteren wird die Rolle der Sozialisation erforscht.

Es wurde eine „mixed-methods“-Studie durchgeführt, um unterschiedliche Perspektiven und Aspekte der medizinischen Interaktion im interkulturellen Kontext zu beleuchten. Die Studie beinhaltet folgende Teiluntersuchungen: Interviews mit 45 Migranten aus den Staaten der früheren Sowjetunion in russischer Sprache; Interviews mit 24 deutschen Patienten; Interviews mit 21 Hausärzten mit und ohne russischsprachigem Hintergrund; Brief- und Onlineumfrage unter Deutschen, russischsprachigen Migranten in Deutschland und unter Bewohnern Russlands in deutscher und russischer Sprache; Videoaufnahmen von hausärztlichen Interaktionen mit Patienten mit und ohne Migrationshintergrund.

In der Mantelschrift wird der theoretische Hintergrund und wissenschaftliche Bezugsrahmen dargestellt. Die untersuchte Migrantengruppe wird beschrieben und bisherige wissenschaftliche Ergebnisse werden beleuchtet. Darüber hinaus wird auf die Besonderheiten der interkulturellen Kommunikation in medizinischem Kontext eingegangen.

In den vier Originalarbeiten werden die wichtigsten Ergebnisse der „mixed-methods“-Studie vorgestellt. Der erste Artikel, der im *Journal of Transcultural Nursing* erschienen ist, beschäftigt sich mit der Überprüfung der Messäquivalenz der im quanti-

tativen Survey eingesetzten Fragebögen in deutscher und russischer Version (PHQ-9, PHQ-15, KOPRA, Ham-SCQ). Die Ergebnisse zeigen, dass alle vier Verfahren die methodischen Anforderungen erfüllen und somit bei einer interkulturellen Studie eingesetzt werden konnten. Der zweite Artikel, erschienen im *International Journal of Migration, Health and Social Care*, zeigt Ergebnisse der quantitativen Online- und Briefumfrage unter autochthonen Deutschen, russisch-sprachigen in Deutschland lebenden Migranten und Russen in Russland. Im Bereich der psychischen Beschwerden fanden sich keine Unterschiede. Die deutschen Studienteilnehmer geben an, mehr Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen zu können als Migranten oder Russen. Sie sind auch zufriedener mit ihrem gesundheitlichen Zustand. Im Vergleich zu Migranten haben Deutsche und Russen höhere Selbstfürsorge-Werte. Migranten berichten über mehr subjektive somatische Beschwerden als Nicht-Migranten. Der dritte Artikel, erschienen im *Deutschen Ärzteblatt*, befasst sich mit den Erfahrungen von Deutschen und Migranten mit ihren deutschen Hausärzten. Dabei handelt es sich um qualitative Daten – semistrukturierte Interviews. Migranten zeigen sich mit ihren Ärzten weniger zufrieden als deutsche Patienten. Auch kommt es bei Migranten häufiger zum Arztwechsel. Beide Patientengruppen berichten von Informationsmangel im Bezug auf gesundheitliche Belange, aber führen dafür unterschiedliche Gründe an. Die vierte Originalarbeit, eingereicht bei *Social Science and Medicine*, befasst sich mit den Merkmalen der hausärztlichen Interaktion. Hier werden qualitative und quantitative Daten analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass Deutsche sich in ihren Kommunikationspräferenzen von den beiden russisch-sprachigen Gruppen unterscheiden. Aus den Aussagen der Ärzte mit und ohne Migrationshintergrund und der Patienten wird geschlussfolgert, dass die Sozialisation im Herkunftsland eine besondere Bedeutung für die Arzt-Patient-Interaktion darstellt, unabhängig von den möglichen sprachlichen Barrieren.

Im letzten Abschnitt der Mantelschrift werden wesentliche Ergebnisse diskutiert und ein Ausblick auf den weiteren Forschungsbedarf gegeben. Im Anhang sind die Studienunterlagen beigefügt.

ABSTRACT

Research results show that successful medical interaction has an impact not only on satisfaction with doctor-patient contact, but also on end outcomes such as compliance, treatment success or follow-up costs. In an intercultural context, physician-patient interaction is of particular importance, as it can be influenced by specific factors such as difficult mutual understanding, whether of a linguistic or cultural nature. Against this background, this paper is dedicated to the experiences of patients with a Russian-speaking migration background and general practitioners (GP) with and without migration experience. The research interest focuses on the question which aspects are important for the intercultural doctor-patient interaction and how it is influenced. It is examined if the experiences of patients with and without a migration background differ. In addition, it is considered whether these patient groups are experienced by their doctors in the same way or if specific difficulties can be perceived. Furthermore, the role of socialisation is being investigated.

A mixed-methods study was conducted to examine different perspectives and aspects of medical interaction in an intercultural context. The study includes the following partial studies: Interviews with 45 migrants from the states of the former Soviet Union in Russian; interviews with 24 German patients; interviews with 21 GPs with and without Russian-speaking background; letter and online survey among Germans, Russian-speaking migrants in Germany and among residents of Russia in German and Russian; video recordings of GP interactions with patients with and without migration background.

The mantel script presents the theoretical background and scientific frame of reference. The group of migrants studied is described and previous scientific results are presented. In addition the particularities of intercultural communication in a medical context will be discussed.

The four original papers present the most important results of the "mixed-methods" study. The first article, which appeared in *the Journal of Transcultural Nursing*, deals with the examination of the measurement equivalence of the questionnaires used in the quantitative survey in German and Russian versions (PHQ-9, PHQ-15, KOPRA, Ham-SCQ). The results show that all four methods meet the methodological requirements and could therefore be used in an intercultural study. The second article, pub-

lished in *the International Journal of Migration, Health and Social Care*, shows results of the quantitative online and postal survey among Germans, Russian-speaking migrants and Russians in Russia. No differences are found in the area of psychological complaints. The German study participants say they have more influence on their health than migrants or Russians. They are also more satisfied with their state of health. Compared to migrants, Germans and Russians have higher self-care scores. Migrants report more subjectively somatic complaints than non-migrants. The third article, published in *the Deutsches Ärzteblatt*, deals with the experiences of Germans and migrants with their German family doctors. These are qualitative data - semi-structured interviews. Migrants are less satisfied with their doctors than German patients. Migrants also change doctors more frequently. Both patient groups report a lack of information regarding health issues, but cite different reasons for this. The fourth original paper, submitted to *Social Science and Medicine*, deals with the characteristics of GP interaction. Herefore qualitative and quantitative data is analysed. The results show that Germans differ in their communication preferences from the two Russian-speaking groups. From the statements of the doctors with and without migration background and the patients, it is concluded that socialisation in the country of origin is of particular importance for doctor-patient interaction, regardless of possible language barriers.

The last section of the mantel script discusses essential results and give an outlook on further research needs. The study documents are enclosed in the appendix.

VORWORT

„Wer in der Fremde lebt, schreitet in einem leeren Raum hoch über dem Boden, ohne das Rettungsnetz, das einem das eigene Land bietet.“

Milan Kundera (2012), Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins.

In der Arzt-Patient-Interaktion ist die Kommunikation das wichtigste Werkzeug. Guter Arzt-Patient-Kontakt hat eine positive Auswirkung auf den weiteren Verlauf der Behandlung bzw. Therapie, und zwar nicht nur in der Psychotherapie. Das gegenseitige Einverständnis oder „das Spiel nach gleichen Regeln“ wird positiv erlebt und erhöht die Zufriedenheit mit dem erlebten Kontakt (s. 1.1).

Die Interaktion unterliegt expliziten und impliziten kulturell geprägten Spielregeln, die beim Aufeinandertreffen von Vertretern unterschiedlicher Kulturen nicht immer eindeutig sind (s. 1.2). Während in den Integrationskursen z.B. die Mülltrennung explizit erklärt wird, kommt es eher selten vor, dass über die Rollen von Ärzten und Patienten im medizinischen Kontext gesprochen wird. Insbesondere können unbekannte, implizite Regeln subjektiv negativ erlebt werden. Oft entsteht eher ein diffuses Gefühl von „irgendwie anders“, als eine bewusste Wahrnehmung von Unterschieden zu früheren Erfahrungen.

Ob Migration als Risikofaktor oder Ressource zu verstehen ist, ist nicht eindeutig geklärt. Migration bedeutet in erster Linie eine massive Veränderung, die bewältigt und in das Leben integriert werden will. Die ersten Migrationsaufgaben sind dabei, eine neue Sprache zu lernen, Arbeit zu finden und vor allem die Regeln eines neuen „Spiels“ zu erschließen. Die Kenntnis der Spielregeln stellt das „Rettungsnetz“ dar, anhand dessen Menschen sich im Alltag orientieren, Entscheidungen treffen und handeln. In einem neuen Land gilt es zunächst ein solches Netz zu knüpfen. Dabei darf es keine einseitige Auf-

gabe der Migranten sein. Integration ist ein wechselwirkender Prozess, an dem auch die Aufnahmegesellschaft und einzelne Mitglieder dieser Gesellschaft beteiligt sind.

Die Arzt-Patient-Interaktion ist ein solches Alltags-„Spiel“. Im interkulturellen Kontext bekommt die Kommunikation eine besondere Bedeutung, da beide Parteien (Arzt und Patient) gemeinsam ein Konsens finden sollten. Dabei reicht die Kommunikation weit über ein rein sprachliches Verständnis hinaus. Es ist von besonderer ethischer Relevanz das individuelle Wertesystem des Gegenübers zu verstehen (Grützmann *et al.*, 2012). Nicht zu unterschätzen sind die jeweiligen Erfahrungen, Erwartungen, Annahmen, Einstellungen und Belastungsfaktoren, die durchaus unterschiedlich sein können, ohne dass es den Beteiligten bewusst ist (s.1.2.1). Kulturelle Diversität ist im medizinischen Alltag, ungeachtet der Diskussion, ob Deutschland ein Einwanderungsland ist, längst Realität. Diese ist nicht selten durch konflikthafte Wahrnehmung seitens der Ärzte und Patienten gekennzeichnet.

Das Phänomen „Kultur“ wird im medizinischen Kontext häufig mit „Ethnizität“ oder „Nationalität“ gleichgesetzt, was die Gefahr der Stereotypisierung birgt (Kleinman und Benson, 2006). Dabei ist die Kultur weniger als ein fest umrissenes für alle Individuen einer ethnischen oder sozialen Gruppe geltendes Konstrukt bzw. als geschlossene Einheit zu verstehen. Diese Arbeit orientiert sich an dem komplexen und dynamischen also konstruktivistischen Verständnis der „Kultur“. „Culture is not a single variable but rather comprises multiple variables, affecting all aspects of experience. Culture is inseparable from economic, political, religious, psychological, and biological conditions. Culture is a process through which ordinary activities and conditions take on an emotional tone and a moral meaning for participants.“ (Kleinman and Benson, 2006, S. 1674) Die kultursensible Patientenversorgung erfordert eine Aufmerksamkeit gegenüber Phänomenen, wie die intrakulturelle Variation und individuelle Glaubenssysteme des Patienten (Grützmann *et al.*, 2012).

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, das subjektive Erleben der Migranten und der behandelnden Ärzte in der medizinischen Interaktion zu explorieren. Es wurde eine „mixed-methods“-Studie konzipiert, um einen möglichst tiefen Einblick in die Thematik zu gewinnen. Dabei wurde der Schwerpunkt auf die Migranten aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion gelegt (s. 2.1).

Russisch-sprachige Migranten sind eine sehr interessante Stichprobe, da sie zum einen eine recht homogene Gruppe im Vergleich zu anderen Migranten bilden (s. 2.2).

Zum anderen haben sie einen sicheren Aufenthaltsstatus. Dies reduziert die Belastungsfaktoren, da sie sich von vornherein auf die dauerhafte Residenz in Deutschland einstellen. Das unterscheidet sie stark von z. B. türkischen Arbeitsmigranten, die die Absicht hatten, nach einigen Arbeitsjahren in die Heimat zurückzukehren, was sich auf die Integrationsleistung ausgewirkt könnte. Weitere Besonderheiten der russisch-sprachigen Migranten sind die recht hohen Bildungsstandards, ein entwickeltes Gesundheitssystem sowie religiöse Ansichten im Herkunftsland, was den kulturellen Abstand zwischen der deutschen Population und der Migranten gering hält.

Für mich, selbst vor 26 Jahren aus Kirgisistan nach Deutschland immigriert, bot das hier vorgestellte Projekt eine besondere Gelegenheit, sich mit der eigenen Migrationsgeschichte und Identität aus der wissenschaftlichen Perspektive auseinander zu setzen.

1. EINLEITUNG

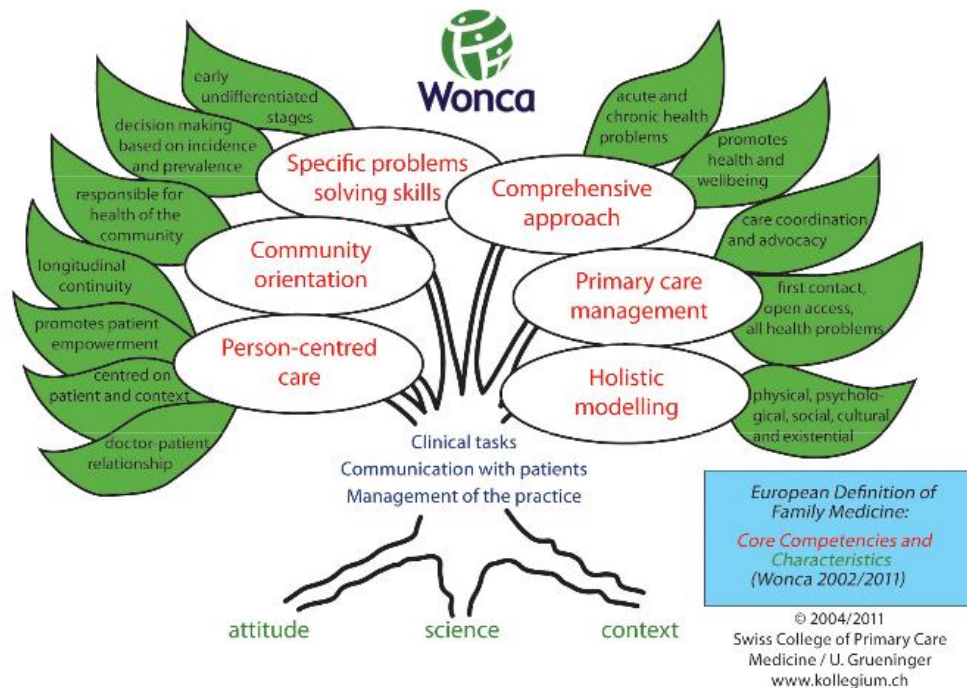
1.1 GRUNDLEGENDE ELEMENTE PRIMÄRER GESUNDHEITSVERSORGUNG

1.1.1 HAUSARZT - IM EPIZENTRUM DES GESCHEHENS

Im Jahr 2003 hatten fast 92% der Erwachsenen in Deutschland einen Hausarzt, den sie durchschnittlich einmal im Quartal aufgesucht haben (Bergmann *et al.*, 2005). Somit sind die Hausärzte die am stärksten genutzte Institution im deutschen Gesundheitssystem. WONCA Europe charakterisiert die Funktion eines Hausarztes bzw. Familienmediziners als die erste Anlaufstelle in der medizinischen Versorgung, die jedem unabhängig von persönlichen und sozialen Charakteristika, einen offenen und unbegrenzten Zugang gewährleistet (WONCA EUROPE 2011 Edition) (s. Abb. 1). Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet nach der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) die Grundversorgung aller Patienten unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Die Grundlage dafür bildet eine dauerhafte Arzt-Patient-Beziehung, in der der Patient mit seinen Krankheitskonzepten, seinem Umfeld und seiner Geschichte gewürdigt wird (DEGAM, 2002). In Deutschland wurde versucht die Stellung des Hausarztes nicht zuletzt durch die Hausarztmodelle aufzuwerten, indem der Hausarzt als „Gatekeeper“ oder „Lotze“ in der medizinischen Versorgung fungiert und das gesamte Versorgungsgeschehen koordiniert (Kürschner *et al.*, 2011; Räker, 2017).

Die Merkmale der hausärztlichen Versorgung, wie z.B. niederschwelliger Zugang, erste Anlaufstelle oder „Lotzen“-Funktion, haben Auswirkungen auf die hausärztliche Arbeit, die sich dadurch von anderen Fachgruppen unterscheidet. So ist der Kontakt zum Patienten oft auf einen langen Zeitraum ausgelegt. Der Patient wird i.d.R. über mehrere Jahre begleitet, so dass die Belange des Patienten auch unterschiedliche Lebens- und gesundheitlichen Bereiche betreffen. Hausbesuche aber auch nicht selten die Behandlung von Familienangehörigen ermöglichen einen tieferen Einblick in die Lebenswelten des Patienten. Der Patient wird ganzheitlicher wahrgenommen, da die Ärzte mit einem

breiteren Spektrum von Fragestellungen konfrontiert sind (Simmenroth-Nayda und Lohnstein, 2012). Zudem ist die Arbeit eines Hausarztes deutlich weniger „gerätelastig“, was den Schwerpunkt der Diagnostik auf die Anamneseerhebung und dadurch auf die verbale Kommunikation verlagert.



**THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE
(Revised 2011)**

Abbildung 1: Definition der Kernkompetenzen hausärztlicher Versorgung (WONCA EUROPE 2011 Edition)

1.1.2 ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION ALS ZENTRALES ELEMENT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung ist das zentrale Element einer medizinischen Behandlung. In der Psychotherapie wird die therapeutische Beziehungsgestaltung sogar als ein zentraler Wirkfaktor verstanden. Nach Grawe (Grawe *et al.*, op. 2001) trägt die Qualität der *therapeutischen Beziehung* signifikant zum Therapieergebnis bei, da diese als eine Moderatorvariable auftritt, die die inhaltliche Arbeit entscheidend beeinflusst. Auch Matthews *et al.* (1993) betonen, dass die Beziehung zwischen dem Behandler und dem Patienten eine wichtige Komponente der Heilung unabhängig von den Anwendun-

gen darstellt (zitiert nach Bensing et al., 1996). Sachse führte den Begriff der *Therapeutischen Allianz* ein, der das Arbeitsbündnis zwischen dem Therapeut und Patient beschreibt (Sachse, 2016). Die Güte der *therapeutischen Allianz* wirkt sich vermutlich stärker auf das Therapieergebnis aus, als eine reine *Therapeutische Beziehung*. Das Gespräch bzw. die kompetente und effektive Arzt-Patient-Kommunikation ist eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Bildung einer tragfähigen Arzt-Patient-Allianz.

Ärzte führen viele Gespräche, die sich zum einen nach dem Ort bzw. der Institution unterscheiden (Praxis, Klinik, Hausbesuch, Telefonat etc.). Zum anderen werden Gespräche mit unterschiedlichen Interaktionspartnern geführt (z.B. Patient, Angehöriger, Kollege), was wiederum die Inhalte und Ziele des Gesprächs bestimmt (z.B. Information, Anamnese, Untersuchung, Therapie). In dieser Arbeit wird eine Beschränkung auf die allgemeinärztliche Praxis und Gespräche zwischen dem Arzt und Patienten vorgenommen.

Als Basis-Kommunikationsmodell gilt das *Sender-Empfänger-Modell* (z.B. nach Delhees, 1994), welches allerdings die Kommunikation als einen linearen „mechanischen“ Prozess auffasst und die Kontextfaktoren der Interaktionspartner außer Acht lässt. (vgl. Matoba und Scheible, 2007). Das Konvergenzmodell von Rogers und Kincaid (s. Abb. 2) lässt sich sowohl gut auf die Arzt-Patient-Interaktionen anwenden als auch auf die interkulturelle Kommunikation, welche die vorliegende Arbeit behandelt.

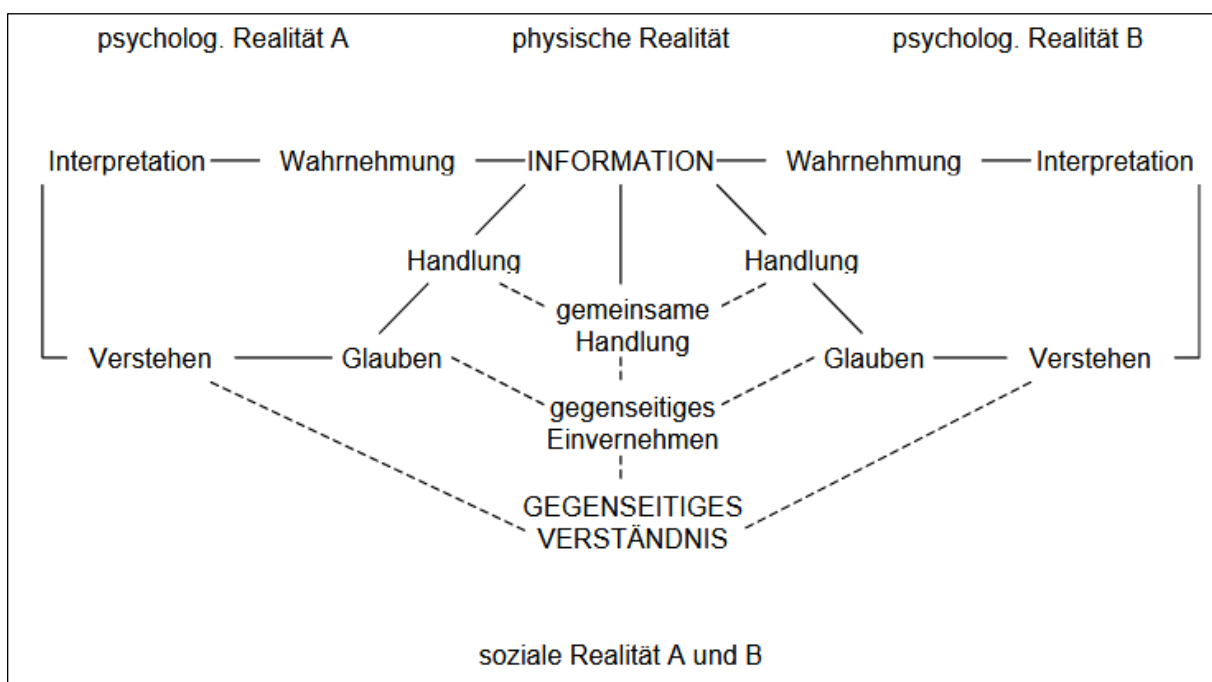


Abbildung 2: Konvergenzmodell interpersonaler Kommunikation nach Rogers/Kincaid (1981).

Quelle: (Matoba und Scheible, 2007)

Nach diesem Modell wird durch die Interaktionspartner mittels Informationsaustausch und -anpassung eine Verständigung (*Kongruenz*) angestrebt. Die Kongruenz wird dabei durch die Wechselseitigkeit der Interaktion sowie den Einbezug der systemischen Gegebenheiten (psychosoziale Personenfaktoren, Umgebung, Interaktionskontext etc.) erreicht. Darüber hinaus klassifiziert Bolten (1997) vier Kommunikationsebenen: (1) Verbale Kommunikation: lexikalische, syntaktische, rhetorisch-stilistische Vertextungsmittel, Direktheit/Indirektheit; (2) Non-verbale Kommunikation: Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blickkontakt, Zuwendung; (3) Para-verbale Kommunikation: Lautstärke, Stimmlage, Sprechrhythmus, Lachen, Husteln, Pausen, Akzent; (4) Extra-verbale Kommunikation: Zeit, Ort, symmetrisch-asymmetrische Kommunikationsbeziehung; Kleidung; Kontext; taktile (fühlbare), olfaktorische (riechbare) Aspekte.

Im Folgenden soll die Arzt-Patient-Interaktion als spezifischer Kommunikationsfall sowie mögliche Kommunikationsmoderatoren die auch als Kontextfaktoren verstanden werden können dargestellt werden.

Verglichen mit der Alltagskommunikation liegen die Besonderheiten einer Arzt-Patienten-Interaktion darin, dass es sich um eine Form der institutionellen Kommunikation handelt, die bestimmten kommunikativen Regeln im Bezug auf Berührungen und Inhalte unterliegt. Trotz einer intensiven Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patient, stehen sich die Beteiligten nicht persönlich nahe (Schröder, 2010). Insbesondere in der Psychotherapie wird dieser Umstand mit der Abstinenz-Regel deutlich. Die Beziehungsgestaltung ist durch die Asymmetrie gekennzeichnet. Diese wird durch die vorgegebenen Rollen (Profi vs. Laie), Anliegen (helfen vs. Hilfe suchen), Ort (eigenes vs. fremdes Revier), Weisungsbefugnis (Rat geben vs. Rat annehmen) etc. bestimmt (Schröder, 2010).

Das Gespräch beinhaltet auf beiden Seiten – Arzt und Patient – in jedem Stadium der Konsultation einen Wechselspiel aus Fragen und Antworten (s. Abb. 3). Sei es, um das Anliegen des Patienten zu klären bzw. auf der Patientenseite dieses mitzuteilen, eine (diagnostische oder Prozess-) Entscheidung zu treffen oder eine Therapie einzuleiten. Zwar sind auf beiden Seiten grundlegende Kommunikations-Skills wie z.B. aktives Zuhören und respektvoller Umgang miteinander notwendig, es wird hier jedoch ausdrücklich auf die Skills der Ärzte eingegangen, weil das Behandlungszimmer ihr „Revier“ ist und sie damit die Spielregeln im Wesentlichen bestimmen. (Haes und Bensing, 2009)

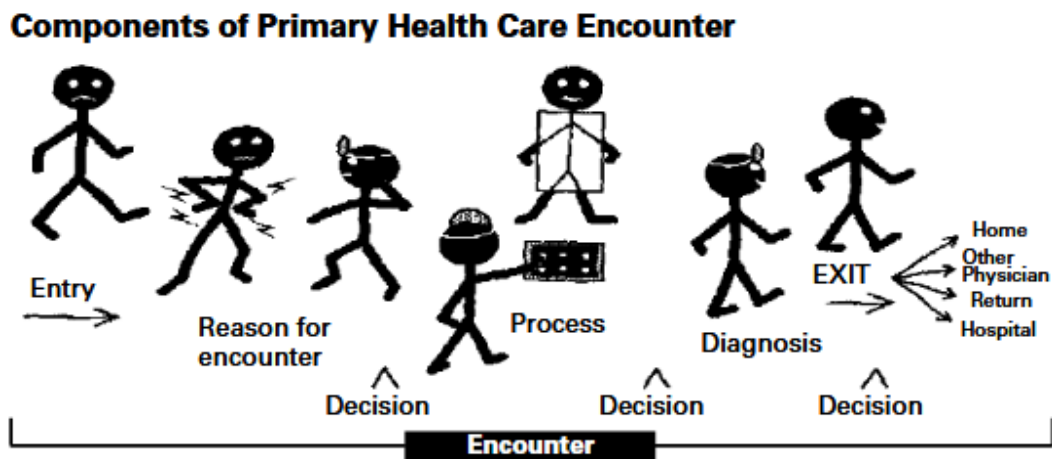


Abbildung 3: Components of primary health care encounter. Aus ICPC, Lamberts and Wood, WONCA, Oxford Medical publications, 1990. Quelle: (Périat, 2001)

Nach Deppermann (2008) unterliegen Gespräche bestimmten Bedingungen allgemeingültiger Art. Es werden fünf Grundeigenschaften von Gesprächen beschrieben. (1) Gespräche werden von den Interaktionspartnern selbst hergestellt (*Konstitutivität*). (2) Sie verlaufen in der Zeit und stellen eine Abfolge von Äußerungen unterschiedlicher Interaktionspartner dar (*Prozessualität*), (3) die sich aufeinander beziehen (*Interaktivität*). (4) Es werden kulturspezifische Kommunikationsmuster verwendet (*Methodizität*). (5) Zwecke und Ziele der Gesprächspartner bestimmen das Gespräch (*Pragmatizität*).

Es lassen sich unterschiedliche Ebenen, Schemata und Modalitäten eines Gesprächs unterscheiden. Im Vordergrund einer professionellen und institutionellen medizinischen Kommunikation steht jedoch die *Ebene der Handlungskonstitution*, auf der Gesprächsziele formuliert und organisiert werden (Neises *et al.*, 2005). Die übergreifenden Orientierungsmuster systematisieren die Aktivitäten von Gesprächsteilnehmern zu *Handlungsschemata*, die den Gesprächstyp bestimmen und die Gesprächsäußerungen projektiv und retrospektiv binden. Es werden *Gesprächskomponenten* („was gehört dazu“), *Abfolgelogik* („was kommt wann“) sowie *Aufgabenverteilung* („wer macht was“) bestimmt (Spranz-Fogasy, 2005). „Ein Handlungsschema stellt also eine komplexe Hierarchie von Aufgaben dar, die von den Gesprächspartnern gemeinsam, nacheinander und im Wechsel zu bewältigen sind“ (Spranz-Fogasy, 2005).

Die meisten linguistisch-gesprächsanalytisch fundierten Modelle gehen von dem Handlungsschema des ärztlichen Gesprächs mit der Hauptaufgabe dem Patienten zu helfen aus. Dieses enthält fünf zentrale Komponenten, die von den Interaktionspartnern

nacheinander hergestellt und bearbeitet werden müssen (Reineke und Spranz-Fogasy, 2013). Nach Spranz-Fogasy (2005) und Reineke und Spranz-Fogasy (2013) dienen (1) die *Begrüßung und Gesprächsöffnung* der Herstellung der Interaktionsbeziehung und stellen zugleich den Beginn der Beschwerdenexploration dar. In dieser Phase werden Handlungsaufgaben vereinbart, wobei diese im Rahmen einer hausärztlichen Konsultation durch institutionelle Gegebenheit determiniert sind – der Arzt als Regisseur der Interaktion. Smalltalk zum Beginn der Konsultation kann dem Beziehungsaufbau dienen. (2) Die Aktivitäten *Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration* bauen aufeinander auf und ergänzen sich gegenseitig. Ärztlicherseits sind aktives Zuhören (Paraphrasieren, Kommentare, Gestik, Blickkontakt, angemessen gesetzte soziale Rückmeldesignale, auch Schweigen etc.) und aktive Beschwerdenexploration (Nachfragen, Konkretisieren etc.) geboten. Diese dienen der Diagnosestellung und –absicherung. Dadurch dass der Arzt und der Patient über unterschiedliches Wissen verfügen und Beschwerden unter verschiedenen Gesichtspunkten beurteilen, ergeben sich einige grundsätzliche Probleme der Beschwerdenexploration. In einem medizinischen Gespräch trifft das subjektive Wissen des Patienten (das Erleben der Beschwerden) auf das objektive Krankheitswissen des Arztes. Für die Interaktion kann das bedeuten, dass unterschiedliche „Sprachen“ zum Einsatz kommen – subjektive Erlebnissprache des Patienten vs. Krankheitssprache des Arztes. Das kann zur Entstehung einer sprachlichen Kluft führen. Zusätzlich entsteht ein Wissensgefälle, da die Interaktionspartner nicht über das jeweilige Wissen des Gegenübers verfügen. Die Aufgabe der Interaktionspartner in der Explorationsphase ist es, das Wissensgefälle nach Möglichkeit auszugleichen, um zur gemeinsamen „Sprache“ zu finden.

Es lassen sich ärztlicherseits zwei Wege unterscheiden, mit den o. g. Problemen umzugehen. Nach dem *patientenzentrierten* Konzept werden Darstellungen des Patienten zum Ausgangspunkt gewählt und daran anschließend mit Präzisierungsfragen operiert. Nach Donner-Banzhoff und Hertwig (2014) wird dabei mit dem „induktiven Streifen“ begonnen, indem der Patient frei über sein Anliegen berichtet. Der Arzt bildet dabei Hypothesen über die Beschwerden. Ist der Bericht erschöpft und es kommen keine weiteren Informationen hinzu, werden die Hypothesen in der Phase der „deduktiven Befragung“ überprüft. Bei dem *wissensgeleiteten* Konzept werden Schilderungen des Patienten gedanklich zu einem (Krankheits-)Muster zusammengefügt und gezielt nach zusätzlichen Angaben mit Komplettierungsfragen gesucht.

(3) Die *Diagnosestellung* ist noch wenig untersucht. Hier muss unterschieden werden zwischen den kognitiven Prozessen, die zu einer diagnostischen Entscheidung auf Seiten des Arztes führen, und gesprächsbezogenen Aktivitäten wie Mitteilung einer Diagnose und dem Umgang mit der Reaktion des Patienten (Betroffenheit, Widerspruch, Rückmeldung etc.). An die Diagnosestellung bzw. Problemklärung schließt (4) die *Therapieplanung und -entwicklung* an. Hier sollen Therapievorschläge diskutiert werden, bis merkliche Akzeptanz bei beiden Parteien erreicht ist. Konkordanz geschieht in Anlehnung an unterschiedliche Entscheidungsmodelle (z. B. paternalistisches Modell, shared-decision-making). Die Modelle werden weiter unten erläutert. (5) *Gesprächsbeendigung und Verabschiedung* schließen das Arzt-Patient-Gespräch ab. Hier wird das Gespräch zusammengefasst und die zukünftigen Aufgaben vereinbart. Auch werden zukünftige Interaktion („Nach dem Spiel ist vor dem Spiel“) und die weiterführende Beziehung vorbereitet.

Krankheit („disease“) und die erlebbare Auswirkung einer Krankheit auf das Individuum („illness“), stehen im Mittelpunkt der Arzt-Patient-Interaktion. Die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Perspektive, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, erfordert die biopsychosoziale Herangehensweise an die Erkrankung, wodurch das biomedizinische Modell erweitert und alle Ebenen des Systems „Mensch“ berücksichtigt werden soll (Egger, 2008). Als Beispiel für einige solche Ebenen werden Patientenbedürfnisse, Erwartungen, subjektive Krankheitstheorien (SKT), Kommunikationspräferenzen etc. kurz beschrieben.

Ein Patient kommt in der Regel zur Konsultation, wenn er (beunruhigende) Symptome wahrnimmt, selber nicht weiter weiß und daher Unterstützung braucht. Auch wenn in manchen Fällen ein Besuch aus professioneller ärztlicher Sicht gesehen überflüssig sein mag, so darf eine mögliche subjektive Belastung des Patienten nicht unterschätzt werden. Mehrere Autoren weisen in diesem Zusammenhang auf die bei dem Patienten bestehende Unsicherheit und Ängstlichkeit bezüglich des Gesundheitszustandes und die möglichen Konsequenzen hin. Daraus resultieren zwei Bedürfnisse: (1) Zu verstehen, was nicht stimmt und was dagegen unternommen werden kann; (2) Das Bedürfnis nach Verständnis und Unterstützung (Bensing *et al.*, 1996). Die Aufgabe des Arztes bzw. Behandlers ist es, diesen beiden Bedürfnissen auf zwei unterschiedlichen Wegen entgegen zu kommen: (1) mit instrumentellem Handeln, um dem Patienten zu helfen das gesundheitliche Problem zu lösen; (2) mit affektivem Handeln (Empathie, Wärme), um

eine Arbeitsbeziehung mit dem Patienten zu gestalten, die es erlaubt offen über das Problem zu sprechen (Bensing *et al.*, 1996). Dadurch sollen sowohl der Prozess als auch die Ergebnisse (Patientenzufriedenheit, Konkordanz, Behandlungserfolg etc.) der medizinischen Konsultation beeinflusst werden (Verheul *et al.*, 2010; Walsh *et al.*, 2019).

In der Literatur werden weitere Einflussfaktoren auf die Kommunikation, Behandlung und Behandlungsergebnisse diskutiert. In der Arzt-Patient-Kommunikation spielt das Geschlecht der Interaktionspartner auf ärztlicher und Patientenseite eine Rolle. Es finden sich Hinweise, dass Patientinnen in der Konsultation mehr Informationen einfordern, indem sie mehr als Männer Fragen stellen (Pendleton und Bochner, 1980). Frauen erhalten von ihren Ärzten eher eine positive und beziehungsfördernde Kommunikation als Männer (Stewart, 1984). Roter *et al.* (1991) fanden, dass Ärztinnen mehr reden als Ärzte und auch der Redeanteil von Patienten von Ärztinnen höher als bei Ärzten ist. Verglichen mit den männlichen Kollegen, investieren Ärztinnen mehr in positive Kommunikation und Beziehungsförderung, indem sie mehr fragen und informieren. Ärztinnen wenden sich öfter psychosozialen Themen zu und räumen der Konsultation im Schnitt zwei Minuten mehr ein (Hall und Roter, 2002; Cronauer und Schmid Mast, 2010). Männliche Ärzte verordnen mehr Medikamente als weibliche. Patientinnen bekommen mehr Psychopharmaka verordnet als männliche Patienten (Glaesmer und Deter, 2002).

Geschlechterunterschiede sind sowohl bei Krankheitsrisiken als auch bei gesundheitsrelevanten Verhalten zu finden. Einen guten Überblick geben Sieverding und Kendel (2012). Frauen nutzen medizinische Dienstleistungen häufiger und früher als Männer. Für die Arzt-Patient-Kommunikation könnte es bedeuten, dass zumindest zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung, unterschiedliche Motivationsfaktoren sowie Krankheitskonzepte bei Patientinnen und Patienten vorliegen. Die größten Geschlechterunterschiede finden sich bei den Präventionsmaßnahmen – deutlich mehr Frauen nehmen präventive Angebote in Anspruch.

Weitere mögliche Moderatorvariablen, welche die Arzt-Patient-Kommunikation beeinflussen sind in den sozialen Faktoren zu finden. So bedingt ein höheres Bildungsniveau der Patienten und die damit zusammenhängende bessere Gesundheitskompetenz (health literacy) die Zufriedenheit der Patienten mit der Arzt-Patient-Kommunikation (Yim *et al.*, 2018).

Verschiedene Studien legen nahe, dass die Zufriedenheit von Patienten mit ihrer Behandlung hauptsächlich von dem Umgang des Arztes mit den Patienten bestimmt

wird (Fung und Mercer, 2009; Frederiksen *et al.*, 2009; Marcinowicz *et al.*, 2009). Weniger die technische Qualität steht dabei im Vordergrund, sondern ob der Arzt seine Patienten respektiert, ihnen zuhört und auf sie eingeht. In den Hintergrund tritt dabei, ob Patienten die Beziehung zu ihrem Hausarzt schon lange pflegen oder ob sie ihn das erste Mal konsultieren (Frederiksen *et al.*, 2009). Neben der Zufriedenheit der Patienten mit dem Gesundheitssystem, ist eine weitere Frage, mit welchen Erwartungen Patienten zu ihrem Hausarzt kommen. Erwartung und Patientenzufriedenheit sind eng verknüpft, da erfüllte Erwartungen Patienten zufrieden machen und unerfüllte – logischerweise - nicht (Berger *et al.*, 2008).

Neben den oben angeführten Faktoren, stellen Kommunikationspräferenzen der Interaktionspartner weitere relevante Einflussfaktoren des Kommunikationsverlaufs dar. Die Kommunikationspräferenzen und die Übereinstimmung dieser fungieren als Moderatoren zwischen Kommunikationsverhalten und erwünschten Behandlung-Outcomes (Farin, 2010). In der Abbildung 4 sind Kontextbedingungen der Kommunikation dargestellt.

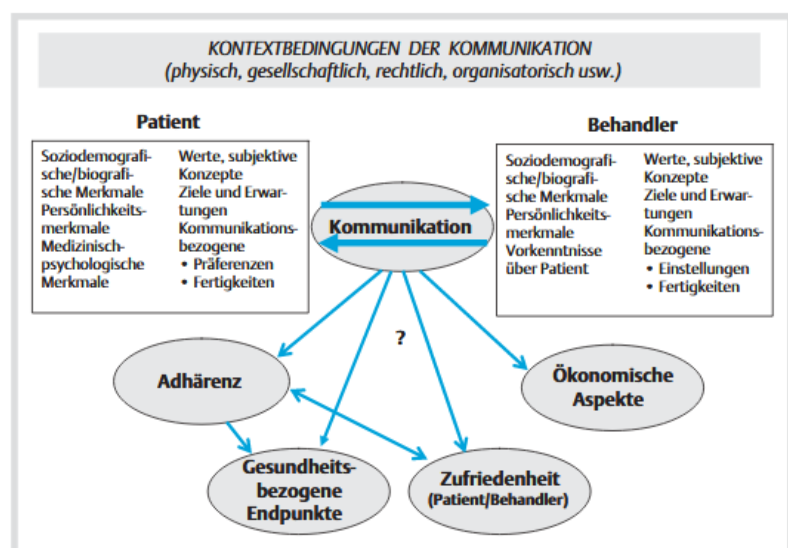


Abbildung 4: Modell der Patienten-Behandler-Kommunikation (Farin, 2010).

Wie oben bereits angeführt, beruht eine Arzt-Patient-Kommunikation unter anderem auf *Prozessualität* und *Interaktivität*, wodurch dem Patienten eine tragende aktive Rolle eingeräumt wird. Mithilfe der gemeinsamen Entscheidungsfindung bzw. *shared-decision-making* (SDM), soll das Engagement des Patienten an seinem Genesungsprozess

und seiner Gesundheitsvorsorge und somit die erwarteten positiven Resultate gefördert werden. Mit *SDM* soll das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung erfüllt werden. Dabei geht es um die Inklusion des informierten Patienten in den Entscheidungsprozess. Der Arzt hat dem Patienten Informationen über seine Erkrankung (Diagnose, Verlauf) und Behandlungsoptionen (Möglichkeiten, Risiken, Vorteile, auch die Option nichts zu unternehmen) bereitzustellen und mit ihm zusammen zu entscheiden. Dieses Entscheidungsmodell unterscheidet sich von den anderen *Entscheidungsmodellen* insbesondere durch die dem Patienten zugedachte aktive Rolle im Entscheidungsprozess (s. Abb. 5). Im Gegensatz dazu schreibt das paternalistische Modell dem Patienten eine passive von dem Experten (=Arzt) und seinen Entscheidungen abhängige Rolle zu (Elwyn *et al.*, 2012).

Analytical stages		Paternalistic model	Intermediate approaches	Shared model	Intermediate approaches	Informed model
Information exchange	Flow	One way (largely)		Two way		One way (largely)
	Direction	Doctor ↓ patient		Doctor ↓ ↑ patient		Doctor ↓ patient
	Type	Medical		Medical and personal		Medical
	Minimum amount	Legal requirement		Anything relevant for decision making		Anything relevant for decision making
Deliberation		Doctor alone or with other doctors		Doctor and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Who decides what treatment to implement?		Doctors		Doctor and patient		Patient

Abbildung 5: Modelle medizinischer Entscheidungsfindung (Charles *et al.*, 1999).

Gleichwohl der Patientenbeteiligung im Sinne von *SDM* positive Auswirkungen auf die medizinischen Endpunkte, wie Adhärenz, Patientenzufriedenheit sowie Lebensqualität zugesprochen werden, sind diese nicht unbedingt aussagekräftig in Bezug auf die tatsächlichen Kommunikationspräferenzen der Patienten. Zwar ist der Beteiligungswunsch der Patienten an der Entscheidungsfindung in den letzten Jahrzehnten stark gewachsen (1974-1989 43%; 2000-2007, 71%), was als Zeichen für ein größeres Bedürfnis nach Autonomie gewertet werden kann, jedoch präferiert fast ein Viertel der

Befragten weiterhin das biomedizinische Entscheidungsmodell (Ernst *et al.*, 2014). Barrieren für *SDM* sind im hohen Zeitdruck sowie in der Realisierbarkeit des Konzeptes zu finden. Darüber hinaus wird *SDM* durch einige Patientencharakteristika und Einstellungen der Ärzte erschwert.

Studienergebnisse zeigen, dass ältere Patienten, unabhängig von den Krankheitsbildern, eher den direktiven Kommunikationsstil bevorzugen (McKinstry, 2000; Rosén *et al.*, 2001). Angehörige der oberen sozialen Schicht hingegen bevorzugen eher *SDM* (McKinstry, 2000). Auch die Art der Erkrankung beeinflusst das Informationsbedürfnis von Patienten. So fanden Leydon *et al.* (2000), dass Krebspatienten zwar den Wunsch haben, informiert zu werden, aber der Umfang der gewünschten Informationen vom Zeitpunkt und der Krankheitsphase abhängt. Dabei hängen die gewünschten Informationen mit ihren Coping-Strategien zusammen. Stewart (2001) folgert, dass Patientenzentrierung nicht bedeutet, dass alle Informationen und Entscheidungen zwischen dem Arzt und Patient zwangsläufig geteilt werden müssen. Es gehe vielmehr darum, die Präferenzen des Patienten nach Informationen und Beteiligung zu erschließen und diesen zu folgen.

Ärzte, die Kommunikations-Training erhalten haben, zeigten in Studien eher patientenzentriertes Kommunikationsverhalten (Rao *et al.*, 2007). Sie stellten mehr offene Fragen, erkundigten sich nach der Sicht des Patienten und explorierten die Lebensumstände und psychosoziale Belastungsfaktoren. Auch geschulte Patienten beteiligten sich aktiver an der Interaktion.

Wie aufgezeigt, wird die Arzt-Patient-Kommunikation durch unterschiedlich gelagerte Faktoren beeinflusst. Die Darstellung erhebt hierbei keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit. Zum einen sind es explizite oder „sichtbare“ Faktoren, zum anderen solche, die erst erschlossen werden müssen. Als Metapher hierzu drängt sich das Bild eines Eisbergs auf. Als weitere Moderatoren oder Mediatoren der Kommunikation sind denkbar: Einfluss sozialer Netzwerke, Krankenkassenbestimmungen, frühere positive wie negative Erfahrungen, soziale Faktoren wie Beschäftigung, finanzielle Lage, psychosoziale Belastungen in sozialen Beziehungen etc. Soziale Netzwerke können sowohl die Behandlungsmotivation (Zeitpunkt des Arztbesuches, Behandlungsdruck, intrinsisch oder extrinsisch motivierter Arztbesuch) als auch Behandlungserwartungen (Behandlungsziele, Behandlungsmethoden, Erfolgskriterien) beeinflussen. Auch die Adhärenz des Pa-

tienten wird durch das Ausmaß der Unterstützung durch soziale Netzwerke beeinflusst, was sich wiederum auf die weitere Arzt-Patient-Interaktion auswirkt.

Es stellt sich die Frage, wie dieser Komplexität im klinischen Alltag begegnet werden soll. Welche Faktoren haben ein besonders hohes Gewicht und welche können eher am Rande berücksichtigt werden? Denn es wäre utopisch, jegliche Einflussfaktoren zu berücksichtigen und in eine Arzt-Patient-Interaktion einbinden zu wollen.

Bisher lag der Schwerpunkt auf der nicht näher spezifizierten Arzt-Patient-Interaktion. Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit liegt in der Exploration einer interkulturellen Interaktion. Im Weiteren werden besondere Aspekte der interkulturellen Arzt-Patient-Interaktion dargestellt.

1.2 MIGRANTEN IM MEDIZINISCHEN KONTEXT

1.2.1 ZUWANDERUNGSWEGE

Deutschland ist ein bevorzugtes Einwanderungsland. Nach dem Mikrozensus lag der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im engeren Sinne zuletzt bei 22,5% (Destatis, 2017). Dabei wurde die Zuwanderung der Jahre 2015-2017 noch nicht erfasst. Seitdem sind über eine Million Menschen zugewandert. Seit 1945 lassen sich, neben der regulären Aufnahme von Flüchtlingen, drei große Migrationsbewegungen benennen (Tab. 1).

Tabelle 1: Zuwanderungsbewegungen (Zusammenstellung nach (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2018; Spallek and Razum, 2007)

Zeitraum	Art der Zuwanderung	Regelung	Herkunftsländer
1955-1981	Arbeitsmigration	Verträge mit Staaten über befristete Arbeitsmigration	Türkei, Tunesien, Marokko, Portugal, Italien, ehem. Jugoslawien
Seit 1953	(Spät-)Aussiedler	Bundesvertriebenengesetz (BVFG)	Staaten des ehemaligen Ostblocks: Polen, Rumänien, ehemalige Sowjetunion
2015-2017	Asyl	Asylrecht, Familiennachzug	Syrien, Irak, Afghanistan, Eritrea, Iran, Türkei, Nigeria, Somalia, Russische Föderation

1.2.2 MIGRANTEN UND DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Angesichts der Heterogenität der Migrantengruppen hinsichtlich der Herkunftsländer, des kulturellen Hintergrundes, der Migrationswege, Erfahrungen im Herkunfts- und Aufnahmeland, der Dauer des Aufenthalts etc. dürfen keine generellen Aussagen über die Gesundheit „der Migranten“ getroffen werden. Die gesundheitliche Situation von Migranten wird durch drei Aspekte bestimmt: 1) die Bedingungen im Herkunftsland (z.B. Ernährung, medizinische Versorgung, Krieg), 2) die Bedingungen während des Migrationsprozesses (z.B. Flucht, psychosoziale Belastungsfaktoren) und 3) die Bedingun-

gen im Aufnahmeland (z.B. Statusverlust, Rassismus, Verständigungsprobleme, Arbeitslosigkeit, Generation) (Spallek and Razum, 2007).

Laut WHO gehören Migranten zu den besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen (*vulnerable groups*), denen besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden sollte. Dabei geht es um die Gewährleistung der Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung (*equity in health care*) (Whitehead, 1991). Bei gleichem Bedarf sollen Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage gleichen Zugang zur verfügbaren medizinischen Versorgung erhalten sowie diese gleich in Anspruch nehmen können. Darüber hinaus soll die Versorgung für alle in gleicher Qualität erfolgen (Whitehead, 1991). Der Zusammenhang zwischen Krankheit / Gesundheit und sozialer Ungleichheit erhält zwei Definitionen. Die erste Bezeichnung lautet „health inequality“. Darunter werden alle Unterschiede im Gesundheitszustand nach sozialen Merkmalen wie z.B. Region, Einkommen, Geschlecht verstanden. Der andere dafür verwendete Begriff „health inequity“ beschreibt die als ungerecht empfundene gesundheitliche Ungleichheit (vgl. Mielck, 1993, S. 14). Hier wird unterschieden zwischen „horizontaler“ und „vertikaler“ Ungleichheit (vgl. Mielck, 1993, S. 15). Die horizontale Gleichheit („horizontal equity“) bedeutet, dass Personen mit gleichen Gesundheitsproblemen die gleiche Behandlung erhalten. Die vertikale Gleichheit („vertical equity“) erfordert bei unterschiedlichen Problemen unterschiedliche Behandlung.

Die Lebensbedingungen der Migranten sind im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung durch soziale Ungleichheit gekennzeichnet. Die dazugehörigen Merkmale sind unter anderem ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko, schwerere körperliche Arbeitsbelastung, eine geringere Alterssicherung, schlechtere Wohnbedingungen, ein geringerer Bildungsgrad und eine geringere Informiertheit. Migranten sind zusätzlich durch Heimweh, Schamgefühle, Statusverlust, Familienunstimmigkeiten und den Aufenthaltsstatus belastet (Koch und Müller, 2007). Diese soziale Ungleichheit spiegelt sich im Gesundheitsbereich mit Konsequenzen im Bezug auf Gesundheitschancen und –risiken sowie Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung wieder. Migranten gehören zu den vulnerablen Patientengruppen, die die größten Barrieren im Versorgungssystem überwinden müssen (vgl. Mösko, 2014). Mögliche Ursachen sind sprachliche Barrieren, geringe Informiertheit über die medizinische Versorgung im Gastland, von der Bevölkerungsmehrheit abweichende Krankheitskonzepte, Missverständnisse, im Zusammenhang mit der Migration gemachte (negative) Erfahrungen, geringe kulturelle Orientie-

rung und mangelnde Priorisierung der interkulturellen Ausrichtung in den medizinischen und sozialen Einrichtungen (Bermejo *et al.*, 2012a; Razum *et al.*, 2004; Schouler-Ocak and Aichberger, 2015; Mösko, 2018). Zur Überwindung der Zugangs- und Behandlungsbarrieren ist eine interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung notwendig (s. Abb. 6).

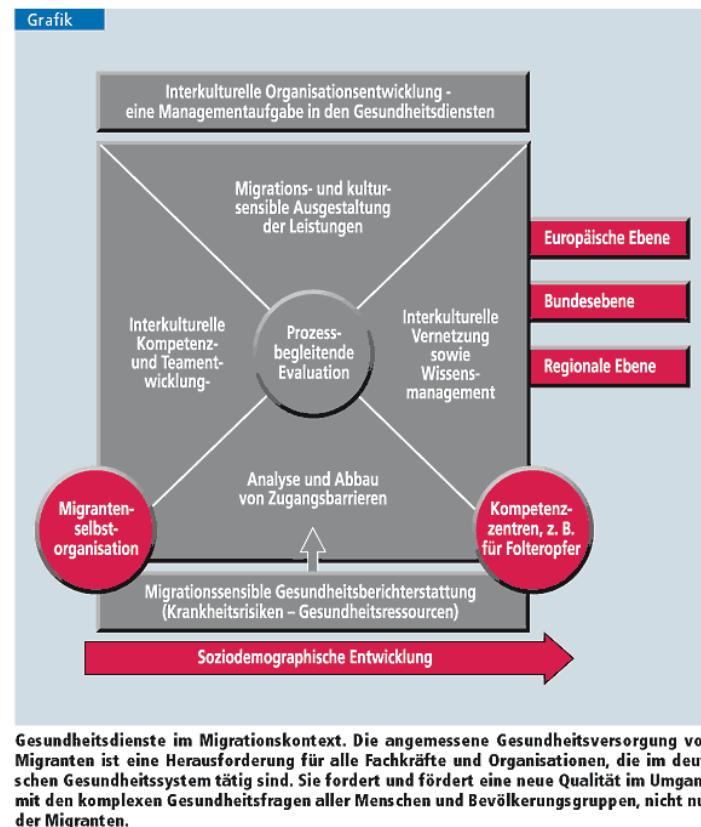


Abbildung 6: Gesundheitsdienste im Migrationskontext, Quelle: Razum *et al.*, 2004

Dafür ist es zunächst wichtig, Informationsbrücken zu schaffen, um migrationsspezifische Informationsdefizite abzubauen. Dabei reichen einfache Übersetzungen des Infomaterials nicht aus. Es ist unbedingt notwendig, kulturelle Spezifikationen bei der Erstellung der Materialien zu beachten, da diese sonst nicht angenommen werden (Hölzel *et al.*, 2014). Ein weiterer Schritt ist die Sensibilisierung medizinischer Akteure für interkulturelle Inhalte, im Rahmen von Weiter- und Fortbildungen. Auch Bereitstellung multilingualer Therapiemöglichkeiten sowie Übersetzungsdienste bewährt sich im klinischen Alltag. Im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung wurden die „Sonnenberger Leitlinien“ entwickelt, mit dem Ziel die psychosoziale Versorgung von Migranten zu verbessern (Machleidt, 2002).

1.2.3 BESONDERHEITEN INTERKULTURELLER KOMMUNIKATION

Die zunehmende sprachliche und kulturelle Vielfalt in Deutschland spiegelt sich in den hausärztlichen Behandlungszimmern wieder. Dabei geht es nicht nur um die Interaktion zwischen „deutschem Arzt“ und „Patienten mit Migrationshintergrund“. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich treffen einheimische Patienten zunehmend häufiger auf Ärzte mit eigener Migrationsgeschichte oder mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne. Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärzte liegt bei annähernd 55.000 (ca. 11% der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärzte)^{1, 2}. Auch Ärzte und Patienten mit unterschiedlichem Migrationshintergrund treffen aufeinander. Diese Interaktionsvielfalt erfordert von allen Akteuren neben den kommunikativen (wie oben beschrieben) auch einige kultursensible Fertigkeiten. In dieser Arbeit wird die Interaktion zwischen einem autochthonen Arzt und einem Patienten mit (russisch-sprachigem) Migrationshintergrund als interkulturelle Kombination sowie zur Kontrolle die Interaktion zwischen einem Arzt und einem Patient aus dem gleichen Sprachraum behandelt.

Nach der Definition des hausärztlichen Tuns (s. o. WONCA European, DEGAM) ist ein individueller, respektvoller, wertschätzender und partnerschaftlicher Zugang zum Patienten gefordert. Es stellt sich die Frage, ob gesonderte kulturelle Kompetenzen und ein sensibler Zugang zu Patienten mit Migrationshintergrund überhaupt notwendig sind. Sind diese nicht bereits per se durch die Definition abgedeckt? Hierzu gibt es vergleichsweise wenige Untersuchungen aus Deutschland. Dabei beziehen sich die meisten auf Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Internationale Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass interkulturelle Arzt-Patient-Kommunikation einige schwerwiegende Differenzen im Vergleich zu intrakultureller Interaktion beinhaltet.

Einen guten Überblick über bisherige internationale Studien geben Schouten und Meeuwesen (2006). So wurde in vielen Studien gefunden, dass sich autochthone Ärzte gegenüber Angehörigen ethnischer Minderheiten im Vergleich zu Patienten gleicher Herkunft weniger affektiv verhalten. In interkulturellen Interaktionen gab es weniger Smalltalk oder soziale Inhalte. Der Beziehungsaufbau war weniger intensiv, weniger

¹ <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/> (zuletzt abgerufen am 24.07.2019)

² Anmerkung der Autorin: Ärzte, die als (Spät-)Aussiedler nach Deutschland kommen, besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit und werden in der Ausländer- Statistiken nicht erfasst.

Freundlichkeit und Empathie wurden beobachtet. Auch Patienten mit Migrationshintergrund haben anders als Einheimische kommuniziert. Sie haben weniger gefragt, waren verbal weniger expressiv und durchsetzungsfähig.

Teal und Street (2009) benennen in ihrem Review vier entscheidende Elemente der kulturellsensiblen Kommunikation in der medizinischen Konsultation: (1) *Kommunikationsrepertoire* - allgemeine patientenzentrierte und kultursensible Kommunikations-Skills, mit deren Hilfe die Beziehung aufgebaut werden kann, notwendige Informationen gesammelt werden (z.B. mit Hilfe migrationssensibler Anamnese) und das Problem eingeordnet und gehandhabt werden kann; (2) *Situationsbewusstsein und Selbstachtsamkeit* - Sensibilität gegenüber der vom Patienten ausgesendeten Signale, um Missverständnisse zu erkennen und vorzubeugen sowie gegenseitiges Einverständnis zu erreichen. Dazu gehört auch die Kenntnis über eigene Vorurteile und Stereotypen gegenüber bestimmten ethnischen Gruppen; (3) *Anpassungsfähigkeit* - Verständnis der Krankheitskonzepte und kultureller Besonderheiten und adaptive Anpassung in z. B. Argumentation; (4) *Kenntnis kultureller Kernaspekte* - um eventuelle Missverständnisse oder Stereotypen vorzubeugen und gezeigtes Verhalten besser einordnen zu können.

Schouten und Meeuwesen (2006) identifizierten in ihrem Literaturreview fünf Prädiktoren für kulturbezogene Kommunikationsprobleme: (1) kulturelle Differenzen in Krankheits- und Gesundheitserklärungsmodellen; (2) Differenzen bezüglich kultureller Wertvorstellungen; (3) kulturelle Unterschiede in Kommunikationspräferenzen von Patienten; (4) Befangenheit aufgrund von Vorurteilen und Rassismus; (5) Sprachliche Barrieren.

Um zu verstehen, wie interkulturelle Kommunikation funktioniert, analysierten Patternotte et al. (2015) 145 Artikel. Sie fassten die Ergebnisse in Kontextfaktoren, Mechanismen und Auswirkungen zusammen (s. Abb. 7). Die Hauptherausforderung der interkulturellen Kommunikation sind demnach Sprachdifferenzen, Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheit und Erkrankung, unterschiedliche Wahrnehmung der sozialen Komponente der Gesundheit sowie Stereotypen und Vorurteile auf beiden Seiten.



Abbildung 7: Context-mechanism-outcome framework of Intercultural communication (Paternotte *et al.*, 2015)

Das Vorhandensein oder Fehlen von spezifischen Kommunikationsfertigkeiten in der interkulturellen Arzt-Patient-Interaktion wirkt sich positiv bzw. negativ auf den Verlauf und das Ergebnis der Interaktion (s. Abb. 8).

Intercultural communication contexts → Mechanisms of the process of intercultural communication → Communication outcomes				
Communication challenges	Objectives	Specific skills	Core skills	Communication outcome
Language differences	-Knowledge of languages -Understanding the patient	-Being able to speak a few words in the patient's language -Recognizing misunderstandings caused by language differences -Using attributes for explanation (pictures, interpreter) -Paying attention to pronunciation -Using various ways of providing explanations	-Giving information in pieces -Checking if the patient understood -Active listening -Sharing decision making -Avoiding unnecessary medical jargon -Adapting the explanation to the patient -Paraphrasing and repeating the patient's exact words	Barrier or facilitator for effective communication about substantive health care issues
Differences in perception of illness and disease	-Knowledge of cultural differences -Awareness of cultural differences (different paradigms) -Expectation management regarding the health care system -Mutual understanding -Respect -Patient-centered communication (shared decision making)	-Recognizing misunderstandings caused by cultural differences -Recognizing the patient's expectations of the health system -Awareness of one's own culture	-Respecting the patient's habits, norms and values -Becoming familiar with the situation and context of the patient -Understanding the patient (empathic communication) -Informing the patient about the medical procedures/system -Having an open attitude -Explaining -Time management -Active listening -Demonstrating trustworthiness -Handling emotions	
Social component of communication	-Knowledge of position of relatives -Awareness of the role of relatives for the patient	-Knowing the relatives of the patient -Showing interest in the relatives	-Relation building with family and patient -Handling emotions	
Prejudices and assumptions	-Knowledge of cultural differences -Awareness of cultural differences	-Awareness of one's assumptions regarding cultural differences -Dealing with a patient's negative previous experiences	-Learning from previous experiences -Open attitude -Handling emotions -Showing respect -Demonstrating trustworthiness	

Abbildung 8: Specific and core communication skills (Paternotte *et al.*, 2015)

Patienten mit Migrationshintergrund können in besonderer Weise in ihren grundlegenden Bedürfnissen – zu verstehen und sich verstanden zu fühlen – frustriert werden. Unter anderem Sprach- und Zugangsbarrieren, Wissenslücken, in höherem Maße als bei Einheimischen auftretender Analphabetismus und geringerer Bildungsgrad kön-

nen dazu führen, dass das Bedürfnis „zu wissen und zu verstehen“ nicht erfüllt wird. Weitere Faktoren wie Stereotypen und Vorurteile, Differenzen in subjektiven Krankheitstheorien, Zeitmangel beim Arzt, geringe Informiertheit über das Gesundheitssystem etc. frustrieren das Bedürfnis „zu verstehen und verstanden zu werden“. Brucks und Wahl (2003) prägten den Ausdruck „Einverständnis durch Missverständnis“. Dieser thematisiert die „Medikalisierung sozialer Problemlagen“. Arzt und Patient teilen dabei die gleiche Motivation, etwas gegen die Krankheit zu tun, welche auch das „Einverständnis“ im Motiv des Handelns begründet. Das „Missverständnis“ besteht dabei darin, eine Behandlungslösung zu wählen – oft ein Medikament, von der beide Seiten eigentlich nicht überzeugt sind. Das geschieht aus der mangelnden Konkordanz bezüglich der „illness“-relevanten Faktoren. Eine kommunikative Lösung des Problems seitens der Behandelnden wäre die Steigerung der Fertigkeiten, die oben genannten Bedürfnisse zu explorieren. Rao *et al.* (2007) zeigten in ihrer Metaanalyse, dass die Ärzte nur selten das Verständnis der Informationen oder Vereinbarungen bei Patienten verifizieren. Im interkulturellen Kontext gewinnt dieses Ergebnis eine besondere Bedeutung, da nicht selten eine sprachliche Barriere vorhanden ist, die als solche entweder nicht erkannt oder zu wenig beachtet wird.

Mehrere Untersuchungen weisen für Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zur autochthonen Patienten Differenzen in der Sicht auf Krankheiten auf. Unter subjektiven Krankheitskonzepten wird „die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich Störungen seines Gesundheitszustandes“ verstanden (Linden *et al.*, 1988). Diese sind kulturell geprägt und „sind Ausdruck der Weltanschauung, des Wertesystems und des Lebensstils eines Patienten“ (Linden *et al.*, 1988). Die Krankheitskonzepte haben sowohl den Einfluss auf Präsentation und die Bewertung bzw. Gewichtung der Beschwerden als auch auf die Erwartungen und Entscheidungen des Patienten hinsichtlich der Behandlung. Des Weiteren beeinflussen sie das Gesundheitsverhalten des Patienten, das zwar außerhalb des therapeutischen Rahmens angesiedelt ist, aber einen therapierelevanten Einfluss nimmt - präventives Verhalten, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten („was“ und „wann“), Risiko- vs. Präventivverhalten (z. B. Alkohol- und/oder Nikotinkonsum, Ernährungsgewohnheiten, Sport), Einhalten von Absprachen (z. B. Medikamenteneinnahme, Verhaltensänderung) (Kirkcaldy *et al.*, 2007).

Es werden zwei Typen von Krankheitseinstellungen unterschieden – naturalistische bzw. organmedizinische Konzepte oder psychosoziale Krankheitsursachen (Schaefer und Bischoff, 2002). Diese beeinflussen die Lokalisation der Ursachen (intern vs. exogen) und somit auch die Vorstellungen über die notwendige Behandlung. So findet sich bei z.B. türkisch- und auch bei russisch-stämmigen Patienten der Glaube, dass Krankheiten und psychosoziale Probleme durch einen „bösen Blick“ („nazar“ / „сглаз“) verursacht werden können. Auch die Repräsentation der Symptome kann von gewohnten Beschreibungen abweichen. Im Vergleich zu autochthonen Patienten haben türkische Patienten eine ganzheitliche Auffassung von Krankheit, so dass viele soziale Faktoren mit einbezogen werden (Yildirim-Fahlbusch, 2003). Das Leiden wird oft in den sogenannten Organchiffren ausgedrückt, die missverstanden werden können (Gün, 2007). Die Krankheit an sich kann kulturell unterschiedlich aufgefasst werden. Wenn es z.B. in vielen muslimischen Kulturen eine religiöse Pflicht ist, sich um einen Kranken zu kümmern und seine Anteilnahme mit Besuch und Mitklagen zu bekunden, ist es im europäischen Raum eine Tugend, eine Krankheit duldsam zu ertragen. Daraus resultiert unterschiedliches Verhalten (klagen vs. ertragen; den Kranken schonen vs. besuchen; Trauerklagen etc.). Kommen noch Verständigungsprobleme und das mangelnde Verständnis von Krankheitskonzepten und Belastungsfaktoren hinzu, kann das zu Fehldiagnosen und -behandlung führen. Aufgrund der Vorurteile und Stereotypen kursieren dann solche „Diagnosen“ wie „Mamma-mia-Syndrom“ oder „Morbus Bosphorus“.

Im Vergleich zu vielen westlichen Ländern nehmen die sozialen Netzwerke eine sehr wichtige Rolle ein. In vielen Gesellschaften, in denen der Individualität ein niedriger Stellenwert zugemessen wird, ist es insbesondere die Familie (z.B. in der Türkei) (Gün, 2011). So sind die Rollenbeziehungen nicht selten klar strukturiert, so dass die Entscheidungsmacht nicht immer bei dem eigentlichen Index-Patienten liegt. Daher ist in vielen Fällen die Kooperation mit den für den Patienten wichtigen Personen unerlässlich.

Kulturelle Prägungen wie subjektive Krankheitskonzepte aber auch Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland bestimmen Erwartungen, mit denen der Patient zum Arzt kommt. Studien zeigen, dass sich Deutsche und Patienten mit Migrationshintergrund in ihren Behandlungskonzepten unterscheiden. So glauben Patienten mit türkischem Migrationshintergrund mehr als Deutsche, dass Ihnen bei der Erkrankung nur ein Medikament helfen kann (T:49% / D: 34%) und hatten eine höhere Erwar-

tung vom Arzt ein Medikament verschrieben zu bekommen (T: 33% / D: 17%) (Ferber *et al.*, 2003). Ähnliches berichten die teilnehmenden Ärzte der vorliegenden Studie über russisch-sprachige Patienten – nichts zu tun bzw. abzuwarten, sei keine Option. Die Patienten erwarteten, irgendetwas „auf die Hand“ zu bekommen (Rezept, Vitamine, Musterpräparat u. ä.). Zum einen werden die Erfahrungen aus dem Herkunftsland auf die aktuelle Lebenssituation übertragen, zum anderen herrscht bei den Patienten mit Migrationshintergrund nicht selten Informationsmangel über das medizinische Versorgungssystem sowie geringe *health literacy* bzw. Gesundheitskompetenz. Sørensen *et al.* (2012) fassen *health literacy* in ihrem Review zusammen als “the knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life throughout the course of life”.

All die genannten Aspekte können sich auf die oben dargestellten Grundelemente von Gesprächen sowie Handlungsschemata auswirken, das Wissensgefälle verstärken und somit das Ergebnis der Arzt-Patient-Interaktion negativ beeinflussen.

Die Einstiegsfrage lautete, ob ein individueller Zugang an den Patienten, wie das der patientenzentrierte Ansatz fordert, ausreicht, und ob die interkulturelle Betonung überhaupt notwendig ist. Studien zeigen, dass in der medizinischen Versorgung nach wie vor Ungleichheit herrscht. So werden muslimische Patienten in Deutschland von den Hausärzten eher negativ wahrgenommen. Mit ihnen werden schwierige Untersuchungssituationen, sprachliche Verständigungsprobleme und andersartige Krankheitskonzepte assoziiert (Kronenthaler *et al.*, 2014).

„Ethnic matching“ – muttersprachliche oder ethnische Passung zwischen Patient und Therapeut – verbessert die Inanspruchnahme der Institution durch Migranten, steigert Therapiemotivation und Compliance und ist ein bekannter Wirkfaktor in der Psychotherapie (Tantam, 2007). Auch wenn im therapeutischen Bereich die Interkulturalität zunimmt, kann dies keine Lösung sein, da es nicht genug therapeutisches Personal gibt, um alle möglichen kulturelle Konstellationen abzudecken. Die Steigerung der interkulturellen Kompetenz des medizinischen Personals in den Praxen und Kliniken sowie spezifische Patientenschulungen können zu besseren Behandlungsergebnissen beitragen. Die interkulturelle Kompetenz ist als eine Kombination aus Wissen über bestimmte

kulturelle Gruppen sowie Einstellungen und Fähigkeiten im Umgang mit kultureller Vielfalt definiert (s. Abb. 9) (Betancourt, 2003; Seeleman *et al.*, 2009).

<i>Knowledge</i>
• Knowledge of epidemiology and manifestation of diseases in various ethnic groups
• Knowledge of differential effects of treatment in various ethnic groups
<i>Attitudes</i>
• Awareness of how culture shapes individual behaviour and thinking
• Awareness of the social contexts in which specific ethnic groups live
• Awareness of one's own prejudices and tendency to stereotype
<i>Skills</i>
• Ability to transfer information in a way the patient can understand and to know when to seek external help with communication
• Ability to adapt to new situations flexibly and creatively

Abbildung 9: Kulturelle Kompetenzen, Seeleman *et al.*, 2009

Mittlerweile ist die Notwendigkeit der Schulungen in kultureller Diversität erkannt, so dass viele Länder, medizinische Fakultäten und einzelne Einrichtungen diese obligatorisch eingeführt haben. Dennoch zeigen Studien, dass medizinisches Personal sich oft in den interkulturellen Situationen verunsichert fühlt. Viele agieren zögerlich oder unflexibel, indem sie stereotype Erwartungen an das Verhalten der Patienten stellen (Kai *et al.*, 2007). Auch strukturelle Barrieren in den Einrichtungen wirken sich negativ auf die Verankerung der Kompetenzen aus: mangelnde Investitionen für zusätzliches Personal und die Entwicklung kulturell kompetenter Programme; fehlendes Wissen über Kulturkreise. Darüber hinaus entsteht in den Einrichtungen eine mangelnde Wertschätzung der kulturellen Unterschiede, die mit geringer Priorisierung und Finanzierung kulturell kompetenter Angebote einhergeht. Das führt zu der Verunsicherung des Personals und stereotypen Reaktionen auf die kulturellen Herausforderungen (Reese und Beckwith, 2015).

Drei Ansätze sind der Gegenstand von interkulturellen Trainings im medizinischen Kontext (Betancourt, 2003):

1. *Der Sensibilisierungsansatz.* Der Ansatz fokussiert sich auf die Einstellungen der Behandler. Es soll die Selbstreflexion über die eigene kulturelle Eingebundenheit und stereotype Einstellungen, Erwartungen und Verhalten im Rahmen der Behandler-Patient-Interaktion fördern.
2. *Der kategoriale Ansatz.* Konzentration auf das Wissen über spezifische kulturelle und ethnische Gruppen. Um Stereotypisierung zu vermeiden, fokussiert sich der Ansatz auf die Methoden zur Beurteilung des kulturellen Kontextes.

3. *Der interkulturelle Ansatz.* Vermittlung von Fähigkeiten, ethnographische Instrumente in die medizinischen Gesprächssituationen zu integrieren. Das Ziel ist, kommunikative Fähigkeiten zu verbessern, um Erklärungsmodelle und Präferenzen der Patienten im Bezug auf die Entscheidungsfindung, Kommunikation und Behandlungsvorstellungen zu erschliessen.

Wissenschaftliche Studien attestieren den interkulturellen Trainings eine bedeutende Wirksamkeit. Zwar sind solche Studien relativ rar, diese erbringen trotzdem einen positiven Wirknachweis. Es konnte gezeigt werden, dass sich das Wissen der Behandler verbessern lässt. Auch zeigten sich eine gesteigerte Sensibilisierung sowie positive interkulturell hilfreiche Einstellungen. Auf der Patientenseite fanden sich höhere Zufriedenheit mit der Behandlung und Adhärenz (Beach *et al.*, 2005).

Das Konvergenzmodell nach Rogers und Kincaid (1981) (s. S. 10) geht davon aus, dass die Kommunikationsmuster zweier Individuen nie identisch sind. Die Kommunikationspartner treten in eine Austauschbeziehung ein, um zum gegenseitigen Verständnis zu gelangen. Dabei nähern sich ihre Interpretationsschemata und Verständnis der Wirklichkeit an, während die unterschiedlichen Auffassungen sich reduzieren (Rogers und Kincaid, 1981). Dieser Kommunikationsprozess lebt von der gegenseitigen Sensibilität und der Bereitschaft der Kommunikationspartner, Zeit und Kraft in diesen zu investieren. Daher sprechen neuere dynamische Ansätze weniger von interkultureller Kompetenz, sondern eher von „*Erfahrungskompetenz*“, die in den Schulungen gefördert werden soll (vgl. Grützmann *et al.*, 2012).

Das Anliegen dieser Arbeit besteht darin zu explorieren, inwiefern der Migrationshintergrund der Patienten im hausärztlichen Alltag wahrnehmbar ist und Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Interaktion hat.

2. STUDIE

2.1 DAS PROMOTIONSPROJEKT

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen des durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes „Interkulturelle Medizin: Russisch-sprachige Migranten aus den GUS-Ländern als Patienten in der hausärztlichen Praxis“, das von der Autorin durchgeführt wurde. Das Projekt stellt ein Teilprojekt der in drei Phasen aufgeteilten Gesamtförderung mit dem Schwerpunkt „Chronisch Kranke“ dar. Das Forschungsvorhaben in seinem hier dargestellten Endentwurf wurde von der Ethik-Kommission der Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin bewilligt (Aktenzeichen: *Studie 100/09* und *22/10*).

In Deutschland leben ca. drei Millionen Menschen, die aus dem Gebiet der ehemaligen UdSSR eingewandert sind. Diese sind in Bezug auf Gesundheitsauffassungen, Krankheitsverarbeitung und medizinisch relevantes Verhalten in einer Weise sozialisiert worden, die sich von der Mehrheit der deutschen Bevölkerung unterscheidet. Systematische Untersuchungen und Handlungsstrategien für die hausärztliche Praxis fehlen jedoch. In Aus-, Weiter- und Fortbildung ist die interkulturelle Versorgung ein wenig präsent Thema.

Die medizinische Versorgung von Russlanddeutschen hat als wissenschaftliches Thema in der Allgemeinmedizin bisher nicht existiert. In dem geplanten Projekt sollten die Erwartungen an die hausärztliche Versorgung, vorherrschende Krankheitskonzepte, aktuelle Erfahrungen und kommunikative Bedürfnisse von Russlanddeutschen in einer explorativen Studie erfasst werden. Die Ergebnisse sollen helfen, in der hausärztlichen Weiter- und Fortbildung entsprechendes Wissen und Kompetenzen zu vermitteln.

Um die Daten jedoch besser einordnen zu können, war eine Erhebung unter deutschen Patienten zu den gleichen Fragen notwendig. Es wurde untersucht, inwiefern sich die Erwartungen und gemachten Erfahrungen von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Somit sollte der Frage nachgegangen werden, wie stark die Patientenzufriedenheit durch die erfahrene Sozialisation beeinflusst wird. Deshalb wur-

de die bereits begonnene und von der Ethikkommission gebilligte Studie um eine weitere Substudie mit dem Titel „Patienten beim Hausarzt: Kulturelle Unterschiede bezüglich der Erwartungen und Erfahrungen.“ (Arbeitstitel: „Deutsche Patienten“) ergänzt. In dieser Substudie geht es vor allem um die Erhebung von Daten zur Patientenzufriedenheit.

Die Zufriedenheit von Patienten ist immer wieder Gegenstand aktueller Forschung. Oft geschieht dabei die Datenerhebung in Form von quantitativen Studien, ein Mittel, dass sich jedoch oft nicht gut eignet, um Patientenzufriedenheit zu erfassen (Cheraghi-Sohi *et al.*, 2006). Dies ist dem Umstand geschuldet, dass es bisher keine einheitliche Definition davon gibt, was Patientenzufriedenheit bedeutet (Berger *et al.*, 2008). Oft sind es subjektive Eindrücke und Erwartungen auf Patientenseite, die ihre Zufriedenheit bestimmen.

Wegen dieser Verknüpfung wurde in dem Projekt versucht, die Zufriedenheit der Patienten über ihre zugrunde liegenden Erwartungen und Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem zu erfassen. Ein Schwerpunkt in den Interviews wurde darauf gelegt, mit welchen Erwartungen Patienten zum Arzt kommen und wie ihre Erwartungen entstehen, sei es durch Informationen, die die Patienten beziehen oder zurückliegende Erfahrungen mit anderen Ärzten oder ihrem Hausarzt.

Mit Hilfe der Daten einer weiteren, parallel durchgeführten Substudie mit dem Titel „Kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverhalten und Kommunikationspräferenzen russischsprachiger und deutscher Patienten als ein Aspekt der hausärztlichen Versorgung“ (Arbeitstitel: „Online- und Briefumfrage“) wurde die Gesamtstudie um quantitative Daten aus drei Kulturkreisen – autochthone Deutsche, Russlanddeutsche und autochthone Russen - abgerundet. Die Ergebnisse sollten dabei helfen, zwischen sozialisations- und migrationsspezifischen Faktoren zu unterscheiden. Des Weiteren wurden Daten zum Gesundheitsstatus, Krankheitskonzepten sowie Kommunikationspräferenzen erhoben und somit anhand eines standardisierten Instruments Erkenntnisse über eine bisher nur unzureichend untersuchte Patientengruppe gewonnen. Hausärzten soll die Möglichkeit gegeben werden, sich in Bezug auf interkulturelle Probleme und Erwartungen an die Kommunikations- und Behandlungsform fort- und weiterzubilden. Ergänzend zu den qualitativen Daten aus den Interviews wurden als zusätzliche Datenquelle hausärztliche Konsultationen Video aufgezeichnet.

Aufgrund der Komplexitäten und des mehrstufigen Aufbaus der Studie wurden die Ergebnisse auf mehrere voneinander unabhängige Publikationen aufgeteilt. Im Folgen-

den wird die Studie in ihrer methodischen Gesamtheit umrissen. Besonderer Fokus wird dabei auf die untersuchte Population gelegt, da dieser besonderen Migranten-Gruppe bisher wenig politisches wie wissenschaftliches Interesse galt (Kornischka *et al.*, 2008). Einzelne Methoden und Ergebnisse sind in den Originalpublikationen dargestellt.

2.1.1 MIGRATIONSENSIBLE FORSCHUNG

Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland liegt bei 22,5% (Destatis, 2017). Die Zusammensetzung dieser Gruppe ist ausgesprochen heterogen mit sehr großer sprachlicher und kultureller Vielfalt. Die Menschen unterscheiden sich nicht nur nach ihrem Herkunftsland, sondern auch nach dem Zeitpunkt der Migration und danach, ob sie selbst emigriert oder Nachkommen von Migranten sind. Die Art der Migration – geregelte bzw. vorbereitete Migration vs. Flucht, kulturelle Nähe zum Aufnahmeland, Aufenthaltsstatus, soziale Lage, Zukunftsperspektiven, Lebensbedingungen etc. wirken sich auf die Belastungen und Ressourcen und somit auf die gesundheitliche Lage aus (Butler *et al.*, 2007).

Es ergeben sich folgende methodische Probleme, die die migrationssensible Datenerhebung notwendig machen. Zum einen sind Migranten schlecht erreichbar, weil sie aus den statistischen Daten als solche nicht immer identifizierbar sind. Oft werden Migranten auf wenige Identifikations-Merkmale wie Staatsangehörigkeit oder ausländisch klingelnder Name reduziert. Dadurch fällt eine sehr große Gruppe von (Spät-) Aussiedlern aus den Statistiken heraus bzw. verzerrt diese, weil sie als solche aufgrund der deutschen Staatsangehörigkeit und mehrheitlich deutschen Nachnamen nicht identifizierbar sind. Das betrifft auch die eingebürgerten Ausländer sowie seit 2000 in Deutschland Geborene, die nach Einverständnis der Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten können (Schenk und Neuhauser, 2005). Im Falle der (Spät-) Aussiedler wäre die Frage nach Ethnizität nicht hilfreich, weil sie sich der ethnischen oder kulturellen Gruppe der Deutschen zugehörig sehen und fühlen.

Eine weitere Schwierigkeit betrifft den Begriff *Migrant* bzw. *Person mit Migrationshintergrund*. Unter internationaler Migration wird ein dauerhafter Wechsel in eine andere Gesellschaft über eine Landesgrenze hinweg verstanden. Im engen Sinne ist ein Migrant eine Person, die über eigene Migrationserfahrungen verfügt bzw. der ersten Migrationsgeneration angehört. Migrationshintergrund ist wie folgt definiert: „Eine Per-

son hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist“ (Destatis, 2017). Es besteht Uneinigkeit darüber, nach wie vielen Jahren oder Generationen ein Migrationshintergrund seine Bedeutung verliert. Für die Forschung ist es nicht unerheblich zwischen den Migrationsgenerationen zu unterscheiden. Untersuchungen zeigen durchaus Unterschiede bezüglich psychischer und physischer Gesundheit, Identitätsbildung, Inanspruchnahme- oder Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit der Migrationserfahrung, Akkulturation und Beherrschung der Sprache (Kornischka *et al.*, 2008; Becher *et al.*, 2007; Spallek und Razum, 2007).

Ein weiteres mögliches Problem, das die Aussagekraft einer Migrantenstudie mindern kann, ist die ungewollte Selektion der Teilnehmer mit Migrationshintergrund anhand der Sprachbeherrschung. Die meisten Studien werden in der jeweiligen Landessprache durchgeführt – sei es in mündlicher oder schriftlicher Form. Es besteht die Gefahr, dass überwiegend Teilnehmer gewonnen werden, die z. B. die Sprache gut bis sehr gut beherrschen. Das würde die Zusammensetzung der Gruppe in Richtung „gut integriert, eventuell höher gebildet, jung, zweite / dritte Generation“ verschieben und Ergebnisse nicht übertragbar machen. Mehrsprachige hin- und zurück übersetzte migrationssensible Messinstrumente schaffen hier Abhilfe (Bhopal *et al.*, 2004). Die Anwendbarkeit der übersetzten Fragebögen in verschiedenen Kulturen wird in mehreren Schritten überprüft (s. Abb. 10). Dabei werden nicht nur die klassischen Kriterien wie Itemschwierigkeit etc. überprüft, sondern ob die kulturelle Sensibilität gegeben ist. Dies leistet Differential Item Functioning (DIF), die kulturbedingte systematische Variationen und signifikante Unterschiede in der Itembeantwortung ermittelt (Scott *et al.*, 2010).

I Übersetzung
2 Übersetzungen/1 Rückübersetzung
Qualitätseinschätzungen (konzeptuelle Äquivalenz, Deutlichkeit, gesprochene Sprache)
Kognitive Auswertung
Interkulturelle Harmonisierung
II Testung
Intervalleigenschaften der Antwortskalen
Itemcharakteristika
Psychometrische Eigenschaften von Reliabilität, Validität und Empfindlichkeit
Testungen in gesunden und kranken Populationen
III Normierung
Skalenanwendung in einer repräsentativen Stichprobe der nationalen Population

Anmerkung: In der simultanen Entwicklung werden zusätzlich die Prozesse der Itemgenerierung über Fokusgruppen und Itementwicklung als gemeinsame methodische Schritte interkulturell abgestimmt.

Abbildung 10: Schritte der interkulturellen Testung von Messinstrumenten (Quelle: (Bullinger und Schmidt, 2009))

Kritisch anzumerken ist, dass die meisten Messinstrumenten auf der kulturellen Invarianz und Universalität von Erkrankungen basieren. Diese ist auch die Grundlage der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD). Der Nachteil dieses Ansatzes liegt in der mangelnden Reflexion der spezifischen individuellen und kulturellen Krankheitskonzepte, Definitionen von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität (Bullinger und Schmidt, 2009.). Es ist durchaus denkbar, dass gleiche Symptome kulturspezifisch gewichtet werden, was je nach kulturspezifischer Symptompräsentation zu unterschiedlichen Diagnosen führen kann. Depressive Störungen sind dabei ein gutes Beispiel. Die drei zentralen Symptomkategorien der Depression sind Affekt- und Verhaltensstörungen sowie somatische Beschwerden. In westlichen Kulturen gilt die Störung des Affektes als Hauptmerkmal einer Depression. In anderen Kulturen können andere Symptome im Vordergrund stehen. So werden von den depressiven Patienten mit türkischem Migrationshintergrund überwiegend somatische Beschwerden präsentiert (Kirmayer und Groleau, 2001; Koch und Müller, 2007). Auch die kulturelle Sozialisation und die Akzeptanz einer Erkrankung spielen eine Rolle in der Offenlegung der Symptome. Ein Satz, der häufig in der Praxis der Autorin zu hören ist: „In der Sowjetunion gab es keine Depression!“. Es besteht die Gefahr, dass übersetzte Messinstrumente nicht ausreichend kultursensibel sind. Der anthropologische Ansatz betont die kulturspezifische Bedeutung der

Erkrankungen. Es stellt sich die Frage, in wieweit dies auch ein umsetzbarer Ansatz sein kann (Aufwand, Ökonomie, Vergleichbarkeit).

Auch die Einordnung der Ergebnisse ist nicht immer eindeutig. Sind die (eventuell) ermittelten Unterschiede zwischen Migranten und autochthonen Teilnehmern auf die Folgen der Migration zurück zu führen? Oder sind das die Auswirkungen der Prägung im Herkunftsland? Die transkulturelle Forschung erfordert daher das Hinzuziehen weiterer Untersuchungsgruppen z.B. Nicht-Migranten aus dem Herkunftsland (Kirkcaldy *et al.*, 2005).

In der vorliegenden Studie wird in Anlehnung an die Empfehlungen von Schenk und Neuhauser (2005) versucht, diese migrationssensiblen Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen konzentrierte sich die Untersuchung auf nur zwei Migrantengruppen: (Spät-) Aussiedler und jüdische Zuwanderer aus dem FSU. Diese zeichnen sich durch den Gebrauch einer gemeinsamen Sprache aus, sind in einem Staat sozialisiert, verfügen über ähnliche Bildungswege, sind in dem gleichen Zeitraum nach Deutschland zugezogen, haben einen stabilen Aufenthaltsstatus in Deutschland sowie ähnliche Migrationserfahrungen (geregelter Migration). Alle Teilnehmer sind Migranten im engeren Sinne – sie haben alle eigene Migrationserfahrungen. Darüber hinaus sind sie durch das gemeinsame Merkmal „Vorhandensein einer chronischen Erkrankung“ gekennzeichnet. Dem sprachlichen Aspekt wurde mit der Möglichkeit begegnet, die Fragebögen sowie das Interview in der Wunschsprache – Deutsch oder Russisch – zu bearbeiten bzw. durchzuführen. Um Ergebnisse besser einordnen zu können, wurden drei Teilnehmergruppen befragt: autochthone Deutsche (im Weiteren *Deutsche*), in Deutschland lebende FSU-Migranten (im Weiteren *Migranten*) und in Russland lebende Personen (im Weiteren *Russen*). Abbildung 11 zeigt den Fragebogenschnitt, indem die Migrationserfahrung der Studienteilnehmer erfasst wurde.

Migrationserfahrung			
6. In welchem Land sind Sie geboren?			
Deutschland <input type="checkbox"/>	USA <input type="checkbox"/>	Israel <input type="checkbox"/>	Kasachstan <input type="checkbox"/>
Russland <input type="checkbox"/>	Ukraine <input type="checkbox"/>	Kirgisistan <input type="checkbox"/>	andere _____
7. In welchem Land leben Sie?			
Deutschland <input type="checkbox"/>	USA <input type="checkbox"/>	Israel <input type="checkbox"/>	Kasachstan <input type="checkbox"/>
Russland <input type="checkbox"/>	Ukraine <input type="checkbox"/>	Kirgisistan <input type="checkbox"/>	andere _____
8. Wenn Sie immigriert sind, wie lange leben Sie in diesem Land?			
seit _____ Jahren			
9. Wenn Sie in Ihrem Geburtsland leben, sind Ihre Eltern Immigranten?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aus welchem Land? _____			

1

Abbildung 11: Erfassung des Migrationsstatus in der Brief- und Onlineumfrage

2.2 RUSSISCH-SPRACHIGE MIGRANTEN

Neben den Menschen mit türkischen Wurzeln stellen Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund die zweitgrößte Migrantengruppe in Deutschland dar. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes leben hierzulande ca. drei Millionen Menschen, die aus den Gebieten der FSU stammen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2015). Der Aufenthaltsstatus dieser Personen ist nach unterschiedlichen Paragraphen geregelt. Es lassen sich mehrere Migrantengruppen nach ihren Migrationswegen, für sie geltende Aufnahmebedingungen sowie ethnische Volkszugehörigkeit, da diese ausschlaggebend dafür ist, nach welchen Bestimmungen sie einwandern dürfen, unterscheiden. Es sind die (Spät-)Aussiedler – die so genannten *Rußlanddeutsche* bzw. *Deutschrussen* und ihre Angehörigen, Auswanderer jüdischer Abstammung, Au-pairs, Studierende und Menschen mit einem Arbeitsvisum, Asylsuchende und eingetragene Personen. Im Folgenden werden die beiden großen Migrantengruppen dargestellt – (Spät-)Aussiedler und jüdische Zuwanderer, da die Teilnehmer der vorliegenden Studie Zugehörige dieser beiden Gruppen sind.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Nationalität in der FSU nicht die Staatsangehörigkeit bezeichnete, wie es in den deutschen Pässen die Regel ist. Die sowjetischen Dokumente (Geburtsurkunden, Pässe, Klassenbuch, Schulzeugnis etc.) enthielten den 5. Paragraphen auch die „fünfte Zeile“ genannt, in dem die ethnische bzw. Volkszugehörigkeit der jeweiligen Person eingetragen wurde. Die Sowjetbürger nannten diesen Paragraphen ironisch „die Behinderung fünften Grades“, da einem aufgrund der Volkszugehörigkeit Nachteile und Diskriminierung drohten. So durften z.B. Deutsche bis in die 70-er Jahre nicht studieren, Juden waren bestimmte Berufe vorenthalten etc. Das heißt aber auch, dass die Volkszugehörigkeit einen Teil der Identität darstellt. So reagieren (Spät-)Aussiedler aus Kasachstan oder Kirgisistan oft verletzt, wenn sie „Kasachen“ oder „Kirgisen“ genannt werden, was auf dem unterschiedlichen Verständnis des Wortes „Nationalität“ beruht.

2.2.1 (SPÄT-)AUSSIEDLER

Die Aufnahme von (Spät-)Aussiedlern und deren Angehöriger ist mit dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG) im § 4 geregelt. Demnach sind deutsche Volkszugehörige, die

in den Gebieten der FSU und den Ländern des Ostblocks wie z.B. Polen und Rumänien unter Kriegsschicksal gelitten haben, zur Einwanderung berechtigt. Die Voraussetzung zur Aufnahme ist der Nachweis der deutschen Volkszugehörigkeit sowie das Vorhandensein von Sprachkenntnissen. Als Aussiedler werden Migranten bezeichnet, die vor dem 31.12.1992 nach Deutschland eingereist sind. Die nach dem 31.12.1992 Eingereisten werden Spätaussiedler genannt. Mit der Anerkennung als (Spät-) Aussiedler erhalten die Zugewanderten automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit.³ Seit Beginn der Aussiedleraufnahme in den 50-er Jahren sind ca. 4,5 Millionen Menschen eingewandert. Davon stammen ca. 2,4 Millionen aus den Gebieten der FSU, insbesondere aus Russland, Kasachstan und Kirgisistan (Worbs *et al.*, 2013). Während seit den 50-er bis in die 80-er Jahren überwiegend Menschen aus Polen und Rumänien eingewandert sind, sind es seit den 90-er Jahren überwiegend Menschen aus der FSU (s. Abb. 12). Der Hauptzustrom fiel auf den Zeitraum 1990-2000. Allein im Jahre 1990 sind 230.565 Personen zugereist. Seit 2001 sank die Zahl der Zugänge infolge einer Kontingentierung deutlich. Seit dem Jahr 2006 kamen infolge geänderter Einbeziehungsvoraussetzungen für Ehegatten und Abkömmlinge nur noch wenige Tausend Spätaussiedler nach Deutschland, mit einem Tiefstand von 1800 Personen im Jahre 2012 (Worbs *et al.*, 2013). Am 14.01.2018 berichteten mehrere Medien unter Berufung auf den Historiker Alfred Eisfeld⁴, dass die Zahl der Zuzüge seit 2012 wieder kontinuierlich ansteigt⁵. In Friedland⁶ seien im Jahr 2017 7.134 Spätaussiedler aufgenommen worden. Es kommen überwiegend Menschen aus Russland und Kasachstan, da sie dort keine Perspektive mehr sehen.

³ <http://www.bamf.de/DE/Migration/Spaetaussiedler/spaetaussiedler-node.html>, Stand 11.12.2017

⁴ Geschäftsführender Leiter des Instituts für Deutschland- und Osteuropaforschung des Göttinger Arbeitskreises e.V.

⁵ <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/deutschland-zahl-der-spaetaussiedler-steigt-a-1187770.html>, zuletzt geprüft 15.01.2018

⁶ Landesaufnahmebehörde Niedersachsen – Grenzdurchgangslager Friedland. Aktuell die einzige Aufnahmestelle für Spätaussiedler

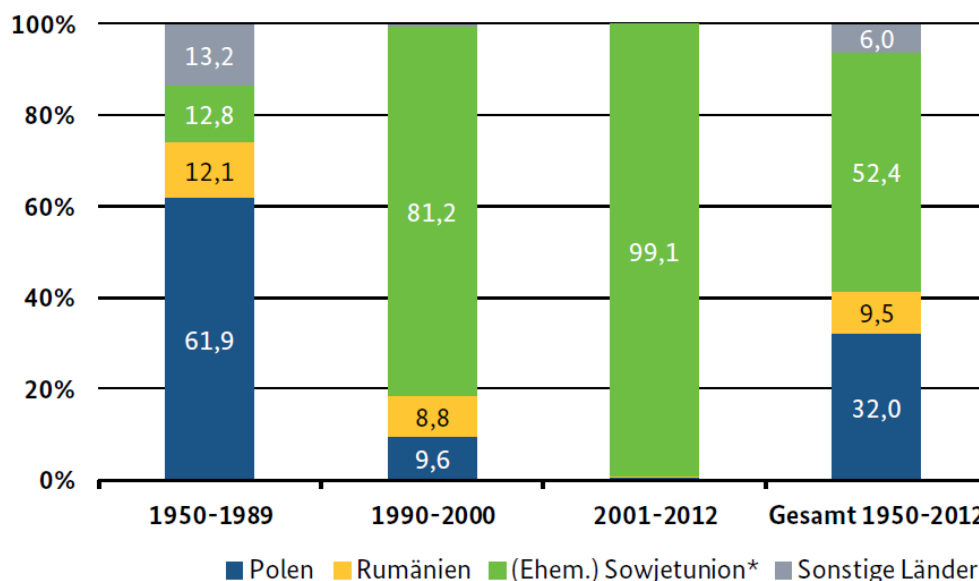


Abbildung 12: Zusammensetzung der (Spät-)Aussiedlerzuwanderung nach den wichtigsten Herkunftsländern, 1950-2012 (Worbs *et al.*, 2013).

Die Geschichte⁷ der *Russlanddeutschen* geht auf das Jahr 1763 zurück, in dem Katharina II in einem Manifest Ausländer zur Ansiedlung in Russlands unbesiedelten Gebieten einlud. Den Siedlern wurden Privilegien, wie kostenlose Landzuteilung, Religionsfreiheit, Steuererleichterungen, Befreiung vom Militärdienst garantiert. Die Einwanderung erfolgte in zwei Wellen. Von 1764 bis 1773 siedelten sich ca. 27.000 Deutsche überwiegend aus Hessen, in 104 nach Konfession (lutherisch und katholisch) getrennten Kolonien an der Wolga, in der Region um die Stadt Saratow, an. Hier leben die sogenannten *Wolgadeutschen*. Weitere Kolonien der deutschen Mennoniten entstehen in der Südukraine – *Wolhyniendeutsche*. Eine Herrnhuter-Kolonie entsteht im heutigen Wolgograd-Gebiet. 1804 lud Alexander I in einem weiteren Manifest erneut Siedler nach Russland ein. Zwischen 1804 und 1824 siedelten sich Württemberger, Pfälzer, Badener und Elsässer am Schwarzen Meer an – *Krimdeutsche*. Die Kolonien existierten autonom unter Aufrechterhaltung der Sprache und Religion.

1871 wird der Koloniestatus aufgehoben, so dass deutsche Siedlungen der allgemeinen Verwaltung unterstehen. 1874 wird die allgemeine Wehrpflicht eingeführt. Kontinuierliche Rücknahme von zugesicherten Privilegien, Benachteiligung der Siedler sowie seit 1897 erzwungene Russifizierung hatten die erste Auswanderungswelle nach

⁷ Die Geschichte der Russlanddeutschen wurde unter Verwendung von Materialien der Landmannschaft der Deutschen aus Russland e.V. skizziert <http://deutscheausrussland.de>. Zugriff am 06.01.2017

Übersee provoziert. Mit dem Ausbruch des ersten Weltkrieges wurden die Deutschen zahlreichen Restriktionen unterzogen. Diese gipfelten 1915 in „Liquidationsgesetzen“, die Deportation von Deutschen aus frontnahen Regionen in das Landesinnere anordneten. Betroffen waren überwiegend die Deutschbalten und Wolhynier. Nach der Oktoberrevolution wurde die Autonomie der deutschen Gebiete zuerst anerkannt und 1924 zur Autonomen Sozialistischen Sowjetrepublik der Wolgadeutschen (ASSRdWD) aufgewertet. 1926 lebten nach der Volkszählung 1.238.549 Deutsche in der Sowjetunion. Zwei Hungersnot-Wellen (1924 und 1932-1933), Zwangsenteignung und Deportationen kosteten 25% der Deutschen das Leben. Weitere 55.000 Deutsche sterben zwischen 1937-1938 in Folge der „Deutschen-Operation“- einer Reihe von Repressivmaßnahmen „an deutschen Staatsangehörigen, die der Spionage gegen die UdSSR verdächtigt sind“.⁸

Nach dem Überfall des Nazi-Deutschlands auf die Sowjetunion, wird am 28.08.1941 die ASSRdWD aufgelöst und Deportation aller deutschen Bürger nach Sibirien und Zentralasien angeordnet. Es kommt zur Liquidierung aller deutschen kulturellen Institutionen, Zeitungen, Schulen, religiöser Stätten etc. Unterricht in deutscher Sprache sowie Religionsausübung werden verboten. Die Deportierten werden in der „Arbeitsarmee“ (трудармия) zwangsmobilisiert und unterliegen der Sonderkommandaturaufsicht. Auch nach dem Ende des Krieges erfahren die „Sondersiedler“ keine Erleichterungen. Noch 1948 wird ein Dekret erlassen, das die Bedingungen für Deutsche und andere Deportierte verschärft und die Verbannung „auf ewig“ und somit die Zuweisung auf die Deportationsorte festlegt. Erst nach Stalins Tod 1953 beginnt die langsame Rehabilitierung der deportierten Völker. 1955 werden die Kommandaturaufsicht sowie die Einschränkungen in der Rechtsstellung aufgehoben. Die Deutschen dürfen die Arbeitslager verlassen, haben aber keine freie Wohnortwahl. Obwohl seit 1957 autonome Republiken anderer deportierter Völker wiederhergestellt werden, wird den Deutschen die Wiedergutmachung verweigert.

Nach Protesten wird 1964 die Teilrehabilitierung der Russlanddeutschen angeordnet. 1970 leben ca. 1.846.317 Deutsche in der Sowjetunion. 1972 wird den Deutschen per Ukas die freie Wohnortwahl zugesagt. Enttäuschung über vergebliche Versuche, Wiederherstellung der deutschen Republik zu erreichen sowie die Annäherung zwischen der Sowjetunion und Deutschland bewegt zwischen 1971-1982 ca. 70.000 Deut-

⁸ <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/russlanddeutsche/249325/die-deutsche-operation>, Stand 08.02.2018

sche zur Ausreise in die BRD. 1989 leben nach der Volkszählung 2.036.000 Deutsche in der Sowjetunion. Mit jeder Volkszählung ist der dramatische Rückgang der deutschen Sprache als Muttersprache festzustellen. 1989 wird die Unionsgesellschaft „Wiedergeburt“ gegründet, mit dem Ziel der Wiedereinrichtung der deutschen Autonomie. Im Jahr 1991 wird die komplette Rehabilitation der repressierten Völker erklärt. Der Wunsch nach Wiederherstellung der Republik der Wolgadeutschen führt an der Wolga zwischen 1989 und 1992 zu massiven Protesten gegen die Rückkehr der Deutschen. 1992 erteilt der damalige russische Präsident Boris Jelzin den Autonomieplänen eine klare Absage. Die Zusicherung, einen Bezirk im Saratow-Gebiet für die Deutschen zu gründen, bleibt nur auf dem Papier. Die Kooperation mit Deutschland, die den Deutschen die Rückkehr an die Wolga ermöglichen sollte, lief ins Leere, die finanziellen Hilfen versickerten. Die Ausreisebereitschaft der Deutschen stieg massiv, mit den dramatischen Zahlen von über 200.000 pro Jahr, an. Da sich die Deutschen nach dem Verlassen der Trudarmee-Siedlungen geballt niedergelassen haben, standen ganze Straßen leer. Hunderttausende saßen auf gepackten Koffern, um in die Ungewissheit zu fahren.

Russlanddeutsche ist ein stark vereinfachter Terminus, der der Gesamtgruppe der (Spät-)Aussiedler aus der FSU nicht gerecht wird. Der Begriff bezieht sich eher auf die Anfangsgeschichte der deutschen Siedler in Russland. Tatsächlich stammen viele (Spät-)Aussiedler nicht aus Russland, sondern aus allen Nachfolgestaaten der Sowjetunion, insbesondere aus Kasachstan, Kirgisistan und anderen zentralasiatischen Staaten. In den Medien wird aktuell gehäuft der Terminus *Deutschrussen* verwendet, der zum einen die deutsche Staatsangehörigkeit, zum anderen den Migrationshintergrund betont. Auch dies ist keine korrekte Beschreibung, da die meisten der (Spät-)Aussiedler deutsche Volkszugehörige sind.

2.2.2 JÜDISCHE ZUWANDERER

In Deutschland leben ca. 250.000 jüdische Zuwanderer mit ihren Familienangehörigen aus der FSU (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2015). Für diese Migrantengruppe gelten, als Opfer nationalsozialistischer Verfolgung, besondere Aufnahmevoraussetzungen⁹. Die Antragsteller müssen von mindestens einem jüdischen

⁹ <http://www.bamf.de/DE/Migration/JuedischeZuwanderer/Voraussetzungen/voraussetzungen-node.html>, Abgerufen am 05.01.2017

Elternteil oder Großelternteil abstammen und sich zu keiner anderen Religion bekennen. Seit 2005 müssen einreisewillige Personen Deutschkenntnisse nachweisen. Auch muss der Nachweis erbracht werden, von einer jüdischen Gemeinde in Deutschland aufgenommen zu werden sowie von einer positiven Integrationsprognose (Arbeitsplatz).

Die Einwanderung der jüdischen Zuwanderer begann 1990 und dauerte bis Ende 2004. In diesem Zeitraum wurden sie als „jüdische Kontingentflüchtlinge“ aufgenommen. Die Aufnahmegrundlage bildete das Kontingentflüchtlingsgesetz, das in den 80er Jahren die Aufnahme von vietnamesischen „boat-people“ geregelt hat. Damit wurde ein unbürokratisches Einreiseverfahren geschaffen, das vielen Menschen die Einreise nach Deutschland ermöglichte, da sie lediglich die jüdische Abstammung nachweisen mussten. Die jüdischen Migranten sehen sich selbst nicht als Flüchtlinge. Viel mehr waren es wirtschaftliche Gründe, die sie zur Auswanderung bewegt haben.¹⁰

Die jüdischen Gemeinden in Deutschland erfuhren unerwartet einen großen Mitgliederzuwachs (90% der Mitglieder sind aus der FSU stammend), der allerdings nicht konfliktfrei bleibt. Wie bereits erwähnt wurde das Judentum nach sowjetischem Verständnis als Nationalität verstanden und wurde patrilinear weitergegeben. Nach dem orthodoxen jüdischen Religionsgesetz wird die jüdische Abstammung matrilinear begründet. Praktisch bedeutet das, dass das Bekenntnis zur jüdischen Religion für die Aufnahme nicht bedeutsam war, was die Integration in die jüdische Gemeinde erschwerte. Ein weiterer erschwerender Faktor war der hohe Anteil an Familienangehörigen, die nicht jüdischer Abstammung waren und keine Zugehörigkeit zur jüdischen Religion hatten (Haug und Wolf, 2007). Hinzu kam die geringe Religiosität der atheistisch geprägten Osteuropäer.

Seit das neue Zuwanderungsgesetz 2005 in Kraft getreten ist, ist die jüdische Einwanderung praktisch zum Erliegen gekommen. Zwar können Juden nach einer Art Punktesystem einwandern, es kommen aber nur wenige, da die Hürden sehr hoch sind.¹¹

Die Altersstruktur in den jüdischen Gemeinden in Deutschland wird von den höheren Altersgruppen dominiert. Der Anteil der Menschen, die älter als 60 Jahren sind, liegt bei 36% (Haug und Wolf, 2007). Die jüdischen Zuwanderer kamen im Vergleich zu (Spät-) Aussiedlern in eher kleinen Familienverbänden. Oft ist es die ältere Generation,

¹⁰ <http://www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/23472>, Abgerufen am 08.01.2018

¹¹ <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/252561/juedische-kontingentfluechtlinge-und-russlanddeutsche?p=all>, Angerufen am 05.01.2018

deren Kinder und Enkel nicht selten in Israel und den USA leben. In dieser Gruppe darf das Problem der Alterseinsamkeit nicht unterschätzt werden, das durch die verschärften Aufnahmebedingungen und dem damit erschwerten Familiennachzug noch weiter verstärkt wird.

Die Bildungs- und Berufsstruktur der jüdischen Zuwanderer hebt sich deutlich von der Berufsstruktur der Einheimischen und vor allem der ausländischen Bevölkerung ab. (Haug und Wolf, 2007). Allerdings finden die hohen mitgebrachten Qualifikationen oft nicht die passende Anerkennung, so dass die jüdischen Zuwanderer nicht selten unter ihrer Qualifikation beschäftigt sind.

2.2.3 SOZIALISATION IM HERKUNFTSLAND

Trotz einiger Unterschiede wie Volkszugehörigkeit, Bildungsaffinität, Lebensräume (Großstädte vs. ländliche Gebiete) etc., sind die beiden beschriebenen Gruppen durch viele Gemeinsamkeiten verbunden. Beide Volksgruppen erlebten staatlich gewollte Diskriminierung, die die Biographien der Menschen stark beeinflusste. Sie teilen eine gemeinsame Sprache – Russisch – auf Kosten ihrer Volkssprache. Beide leiden unter dem Verlust wichtiger Aspekte ihrer Identität, wie Religion und Tradition, was auch starken Einfluss auf die Integration in Deutschland ausübt. Die meisten im erwachsenen Alter Zugewanderten wurden sowohl durch die Sowjetunion als auch durch ihren Zerfall geprägt.

Sowohl (Spät-)Aussiedler als auch jüdische Zuwanderer erfuhren eine ähnliche Sozialisation in einem russifizierten Vielvölkerstaat. Es ist gerechtfertigt eher von einer „sowjetischen“ als von einer russischen Sozialisation zu sprechen. „Die Sowjetunion war nicht nur ein politisches System mit datierbarem Anfang und Ende, sondern eine Lebensform, die ihre eigene Bildungsgeschichte, ihre Reife, ihre Verfalls- und Auflösungszeit hatte. Sie hat die Bürger des Landes für mehrere Generationen mit ihren Praktiken, Werten und Routinen geprägt.“ (Schlögel, 2017, S. 20) Alexander Sinowjew (1922-2006) – ein Soziologe, Logiker, Schriftsteller, Dissident – prägte in dem gleichnamigen Roman den Ausdruck „Homo sovieticus“, der einen nach sowjetischer Ideologie geformten Menschentypus beschreibt (Zinov'ev, 1987). Seit dem 18. Jahrhundert war die Idee vom „neuen Menschen“ ein Teil der europäischen Geschichte. „In keinem anderen Land hatte

der Mythos vom „neuen Menschen“ aber einen so starken Einfluss auf soziale Identitäten und politisches Handeln wie in der Sowjetunion“ (Gestwa, 2013).

Die ständige Devise der sowjetischen Epoche blieb das Formen eines neuen Menschen (Lewada, 2001). Es etablierten sich feste Begriffe wie „das sowjetische Volk“ oder „der sowjetische Mensch“. Nikita Chruschtschow (Regierungschef der UdSSR 1958-1964) charakterisierte 1961 das sowjetische Volk wie folgt: „In der UdSSR bildete sich eine neue historische Gemeinschaft von Menschen unterschiedlicher Nationalitäten, die gemeinsame Charakterzüge teilen – das sowjetische Volk. Sie haben eine gemeinsame sozialistische Heimat – UdSSR, eine gemeinsame ökonomische Basis - sozialistische Wirtschaft, eine gemeinsame soziale Struktur (Arbeiterklasse und Bauernschaft), gemeinsame Weltanschauung – Marxismus-Leninismus, ein gemeinsames Ziel - Aufbau des Kommunismus, viele gemeinsame moralische und psychologische Charakterzüge.“¹² „Der ideale Mensch war ein bescheidener, unauffälliger, anspruchsloser Anordnungsvollstrecker“, ohne schädliche Überbleibsel der Vergangenheit wie Faulheit, asoziale Vorlieben oder religiöse Überzeugungen, Alkoholismus, Unfolgsamkeit (Lewada, 2001). Fasst man literarische Beschreibungen von diesem „sowjetischen Menschen“ zusammen, hatte er idealtypisch folgende Charakteristika: selbstlose Vaterlandliebe, Zukunftszuversicht, Streben nach einer „strahlenden Zukunft“ basierend auf gesundem Menschenverstand und wissenschaftlichem Marxismus, Volksgemeinschaft, Ehrlichkeit, Aufopferungsbereitschaft, Selbstlosigkeit, Kollektivismus, Mut, Arbeitswille, Anständigkeit (Familie und Arbeit), Gleichgültigkeit dem Geld gegenüber, Treue der Partei, hohe Moral etc.

Zur gleichen Zeit zeichnete Klaus Mehnert ein anderes, durch den Propagandamantel verdecktes Bild der in der Sowjetunion lebenden Menschen. Er sah apolitische Menschen, die sich eher um ihr Auskommen als um Kommunismus kümmerten. Während die meisten Menschen viele Entbehrungen hinnehmen mussten, hat sich eine Partei-Oberschicht – Nomenklatura - mit besonderer Versorgungsstruktur ausgebildet (vgl. Gestwa, 2013).

Den bedeutendsten Versuch, einen „einfachen sowjetischen Menschen“ zu beschreiben unternahm der Soziologe Juri Lewada (1930-2006). Er definierte folgende

¹² 22-й съезд КПСС (17 — 31 октября 1961 года): Стенографический отчет. Том 1. С. 153. [Stenographischer Bericht der XXII. KPdSU-Parteitage (17. — 31. Oktober 1961)., Band 1. Seite. 153.] М.: Госполитиздат, 1962, http://publ.lib.ru/ARCHIVES/K/KPSS/_KPSS.html#022, geprüft am 15.01.2018. übersetzt von der Autorin

Schlüsselmerkmale, die zur Ausbildung bedeutsamer Persönlichkeitsmerkmale führten und somit die Denk- und Verhaltensweisen der sowjetischen Menschen beeinflussten (Gestwa, 2013).

„*Der isolierte Mensch*“. Lewada (2001) spricht von doppelter Isolation, der die Menschen in der Sowjetunion ausgesetzt waren – nach außen und nach innen. Die Isolation nach außen war durch den Kontaktabbruch auf dem globalen Niveau bedingt. Die Außenwelt war als feindliche kapitalistische Umlagerung dargestellt und wurde durch den Eisernen und alles zensierenden Vorhang abgetrennt. Das führte zur Ausbildung starrer Vorstellungen über „wir - Feind“, „gut – schädlich“, „unser – fremd“, „richtig – falsch“. Die innere Isolation betraf den Umgang mit der eigenen Geschichte z.B. mithilfe von Bildungsstrukturen und Literatur. Die Menschen wurden regelrecht abgeschirmt von ihrem inneren Erleben – von überflüssigen psychologischen, kulturellen etc. „Problemen“, mit dem Ziel einen „einfachen“ Menschen zu formen. Das hatte eine Unfähigkeit und auch den Unwillen zur Folge mit neuen Informationen umzugehen, sie kritisch zu hinterfragen, eigene Schlüsse zu ziehen und Entscheidungen zu treffen.

„*Der Mensch ohne Wahl*“ – Alternativlosigkeit betraf jegliche Bereiche des Lebens, angefangen bei dem sozialpolitischen System. Es wurde nicht immer begeistert aufgenommen, auch heimlich dagegen aufgelehnt, aber nichtsdestotrotz als etwas Gegebenes und Unumgängliches hingenommen. Darüber hinaus fehlte es an ideeller, ästhetischer und beruflicher Variation. Der Staat griff sogar in die rein private Angelegenheit seiner Bürger ein wie z.B. bei Scheidungen, Abtreibungen, Glaube, Musik- oder Lektürevorlieben und äußeren Erscheinung. Was wiederum dazu führte, dass die Menschen nach anderen „Schatten“-Wegen suchten, um ihre Bedürfnisse auszuleben.

„*Der vereinfachte Mensch*“ bildete sich nicht nur in den Zügen der Bestrebung einen neuen Menschen zu schaffen, sondern auch durch die primitiven Lebensumstände, bedingt durch das System des ständigen Mangels (sei es Waren, Wohnfläche, Dienstleistungen). Er hatte der Macht zu gehorchen, bescheiden zu sein bzw. mit dem Wenigen zufrieden zu sein, zu leben wie alle bzw. nicht heraus zu stechen, transparent zu sein. Der Staat ist dabei als alleiniger Versorger und Garant für soziale Ordnung aufgetreten – Staat als „eine Art Super-Institution“, was in der „staatlich-paternalistischen Orientierung des Sowjetmenschen“ mündete (Gestwa, 2013). Die Rolle des Staates und die Autonomie des Bürgers fasst Bulgakov treffend zusammen: „Bitten Sie niemals und um

nichts! Man wird es Ihnen von selbst anbieten und von selbst alles geben.“ (Bulgakov, 1989, „Master und Margarita“)

Der staatliche Paternalismus war in verschiedenen Lebensbereichen präsent. So wurden Hochschulabsolventen Arbeitsorte /-plätze zugewiesen. Der persönliche Wunsch spielte dabei keine Rolle. Eine ungeliebte Arbeitsstelle konnte nur mithilfe einer (Schwangerschafts-/Krankheits-/Heirats-)Bescheinigung oder durch Beziehungen abgewendet werden. Medizin und Bildung waren weitere staatlich regulierte Bereiche. Besonders spürbar war aber die „Wohnungsfrage“. Der chronische Wohnungsmangel ist auf die bewusste staatliche Monopolpolitik zurückzuführen. So bekamen (loyale) Menschen lebenslanges Wohnrecht in den staatlichen Wohnungen, die chronisch überfüllt waren. Um eine (größere) Wohnung zu bekommen, galt es hohe bürokratische Hürden und jahrelange Wartezeiten auf sich zu nehmen. Das führte zu einem regelrechten Kampf um die Wohnfläche. Es wurde getrickst und betrogen, bis hin zur Denunziation (Sergeeva, 2012). Auch hier spielten Atteste und Bescheinigungen sowie Beziehungen eine große Rolle. Beengte Wohnverhältnisse hatten ihren Einfluss auf das Verständnis der Privatsphäre, die persönliche subjektive Sicherheit, Konfliktfähigkeit etc. Die Menschen sind nach Bulgakov: „Gewöhnliche Menschen. Erinnern an die von früher, bloß die Wohnungsfrage hat sie verdorben.“ (Bulgakov, 1989, Master und Margarita)

Die Besonderheiten der sowjetischen Mentalität äußern sich in manchem Verhalten, was für deutsche Verhältnisse irritierend sein kann. Hier nur einige Beispiele, die für die Arzt-Patient-Interaktion wichtig sein können. Diese sind in dem Buch von Sergeeva (2012) ausführlich dargestellt. So lachen und lächeln russisch-sprachige Migranten weniger als Einheimische. Wodurch sie oft als aggressiv und abweisend wahrgenommen werden. Dieses Verhalten hängt aber mit kulturellen Normen zusammen, da das „höfliche“ Lächeln als aufgesetzt und unaufrichtig gewertet wird. Auch ist „Lachen ohne Grund ein Zeichen der Dummheit“ (russ. Sprichwort). Lächeln und Lachen müssen bedacht sein und einen emotionalen Grund haben. Gleichzeitig werden Russen oft als für europäische Verhältnisse distanzlos erlebt, da sie sehr kommunikativ sind und in unterschiedlichsten Situationen Kontakt suchen. Eine große Rolle spielen „richtige Normen und Moral“, was dazu führt, dass die Menschen besonders stark darauf achten, was die Anderen denken, was „richtig“ oder „falsch“ ist, aber auch dass keiner benachteiligt wird. Gesprächsthemen wie Geld, Sexualität, Liebe, intime Beziehungen, Darmtätigkeiten, Ausscheidungen sind verpönt. Die Familienbande zwischen Eltern und Kindern sind

sehr eng, was nach der Migration zu einem großen Ablöseproblem für beide Seiten werden kann. Als Folge werden Autonomiebestrebungen der Kinder sanktioniert. Der Familienstil ist als traditionell patriarchalisch zu bezeichnen.

Wichtig für den Arzt-Patient-Kontakt ist die soziale Rolle der Frau in der Familie. So ist die Frau für die Gesundheit der gesamten Familie zuständig. Nicht selten benehmen sich die Männer als unmündige Kinder und überlassen den Bericht über ihre Gesundheit und Entscheidungen der Ehefrau. Es ist sehr häufig, dass die Ehefrauen den Arzttermin vereinbaren und diesen zusammen mit ihren Männern wahrnehmen. Umgekehrt kommt dies seltener vor; eher in den Fällen, wenn die Frau einen Dolmetscher braucht. Wenn es um die Verhaltensänderungen, Medikamentencompliance etc. geht, so ist die Ehefrau die Ansprechpartnerin, die die Gesundheit des Mannes unter Kontrolle hält.

2.2.4 MEDIZINISCHE SOZIALISATION

Migranten unterschieden sich von der autochthonen Bevölkerung auch hinsichtlich der medizinischen Sozialisation. Im medizinischen Kontext beeinflusst diese sowohl das vorhandene gesundheitsbezogene Wissen, Konzepte über Erkrankungen, Erwartungen an die Behandlung sowie das konkrete Verhalten in der Arzt-Patient-Kommunikation oder hinsichtlich der Absprachen wie z.B. Medikamenteneinnahme, Verhaltensänderung oder Prävention. Die in Deutschland lebenden Migranten sind in dieser Hinsicht dreifach sozialisiert. Sie haben sowohl das sowjetische als auch das post-sowjetische Gesundheitssystem kennen gelernt. Und in Deutschland bewegen sie sich seit Jahren in einem dritten Gesundheitssystem.

Diese Arbeit setzt sich nicht zum Ziel, die Gesundheitssysteme zu analysieren oder hinsichtlich ihrer Effektivität oder Vor- und Nachteile zu bewerten. Viel eher ist das Ziel, den Alltag und das subjektive Erleben der beteiligten Akteure wiederzugeben, um die Ergebnisse der vorliegenden Studie besser einordnen zu können. Gestützt auf die vorhandene Literatur sowie die Berichtfragmente der Teilnehmer, die sich auf die Erfahrungen mit dem „alten“ Gesundheitssystem beziehen und nicht in die weitere Auswertung eingegangen sind, soll an dieser Stelle die medizinische Sozialisation der russischsprachigen Migranten skizziert werden.

Das sowjetische Gesundheitssystem war nach dem so genannten Semashko-System aufgebaut (s. Abb. 13). Der Namensgeber – Nikolaj Semashko (1874-1949) – war der erste sowjetische Volkskommissar für die Volksgesundheit bzw. Gesundheitsminister. Das System basierte auf dem staatlichen Monopol und staatlicher Budgetierung und folgte den Prinzipien der *Gerechtigkeit* und *Solidarität*. *Gerechtigkeit* wird als das Recht auf die medizinische Versorgung unabhängig von Einkünften verstanden, das durch den Staat garantiert wird. *Solidarität* bedeutet Umverteilung der Ressourcen durch Steuern und Versicherungsbeiträge - „Der Reiche zahlt für den Armen. Der Gesunde zahlt für den Kranken.“ (Rudenzkov, 2015)

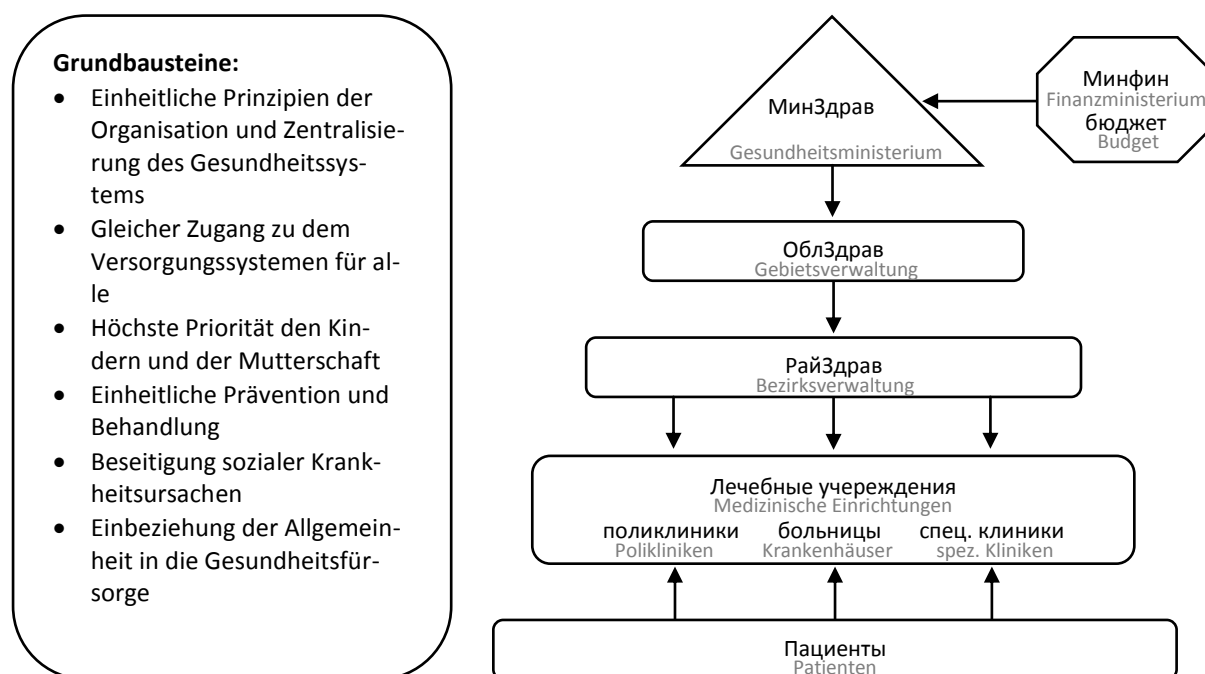


Abbildung 13: Grundideen des Semashko-Modells: Bausteine und Organisationsstruktur (eigene Zusammenstellung nach Rudenzkov, 2015)

Das sozialistische Menschenbild war durch die Lehren von Karl Marx und Iwan Pawlow geprägt und dadurch materialistisch, naturwissenschaftlich und physiologisch ausgerichtet (Sonnenmoser, 2008). Das menschliche Verhalten wurde als ein Produkt der ökonomischen und sozialen Bedingungen verstanden. Das hatte Auswirkungen sowohl auf das Verständnis der somatischen wie psychischen Erkrankungen als auch auf die Behandlung.

Die primäre Gesundheitsversorgung war durch lokale Polikliniken organisiert. Die Menschen wurden den Polikliniken und dort ihrem Wohnort nach der jeweils zuständigen Allgemeinärztin zugewiesen. Diese überwies dann die Patienten bei Bedarf an Fachärzte, die i.d.R. ebenfalls in der Poliklinik tätig waren. An dieser Stelle wird bewusst die weibliche Form verwendet, da die primäre Gesundheitsversorgung in der Sowjetunion durch Frauen dominiert war. 88% der Allgemeinärzte in untergeordneten Positionen waren Frauen. Sie waren überwiegend in den Polikliniken als „Therapeutinnen“ (терапевты) tätig (Ryan, 1986). Es gab mehrere Gründe für die Frauendominanz. Zum einen war das im Sinne der kommunistischen Ideale der Geschlechtergleichheit vom Staat gewollt. Zum anderen gehörte in der Sowjetunion der Beruf des Arztes zu einem der am schlechtesten bezahlten Berufe, da das Gesundheitswesen genauso wie das Bildungswesen zum „nicht-produktiven Sektor“ gehörte. Auch im heutigen Russland ist das nach wie vor der Fall. In den 80er Jahren betrug der Verdienst eines Arztes nur 70% des Verdienstes eines Industriearbeiters. Während in der Gorbatschow-Ära die Gehälter der Industriearbeiter stiegen, blieben die der Ärzte unverändert niedrig (Ryan, 1987; Paton, 1989). Dieser Umstand machte den Arztberuf für Männer unattraktiv, da sich damit die Familie schlecht ernähren ließ, was wiederum der männlichen Rolle widersprach. Zwar genießt der Arztberuf hohes Ansehen, allerdings eher wegen der „altruistischen“ Werte.

Wurde man krank und benötigte eine Krankschreibung, so ging man in die Poliklinik, zog eine Nummer und wartete in einer Schlange darauf aufgerufen zu werden, was bis zu mehreren Stunden dauern konnte. Wenn man sich zu krank gefühlt hat und v.a. Fieber (bereits ab $37,1^{\circ}$) hatte, wurde die Therapeutin nach Hause gerufen. Der Arbeitsalltag der Therapeutin sah so aus, dass sie vormittags die Patienten in der Poliklinik empfing hat und nachmittags (überwiegend zu Fuß) Hausbesuche absolvierte. Die Option der Hausbesuche wurde insbesondere für Kinder genutzt. Es lag auch in der Pflicht der Ärzte, die Untersuchungsergebnisse an den Patienten weiter zu tragen. Im Gegensatz ist es in Deutschland üblich, dass die Patienten selbst sich darum kümmern, die Ergebnisse zu erfragen.

Der letzte Abschnitt macht deutlich, dass im Vergleich zu Deutschland einige Unterschiede in der Krankheitswahrnehmung oder Erwartungen bestehen. Empfiehlt man in Deutschland bei Fieber (bei Erwachsenen ab 38° , bei Kindern ab $38,5^{\circ}$) einige Tage abzuwarten, viel zu trinken und zu beobachten, galt in der Sowjetunion die Körpertemperatur ab 37° bereits als alarmierend und sollte auch bekämpft werden. Dementspre-

chend empfinden viele Migranten die „Untätigkeit“ bzw. die legitime Option „abzuwarten“ des deutschen Hausarztes als negativ. Auch auf die schwierigen Fälle wie Immobilität, Schwere der Erkrankung etc. beschränkten Hausbesuche durch den Hausarzt, werden als Vernachlässigung des Patienten gewertet. Hausärzte auf der anderen Seite erleben Hausbesuch-Anfragen durch Migranten als anspruchig und ärgerlich. Nach Aussagen der Teilnehmer, die vor ihrer Migration als Ärzte tätig waren, galt es, Seuchen durch frühzeitige Reaktionen vorzubeugen, indem der Kranke zu Hause blieb und von der Ärztin besucht wurde.

Eine der Hauptaufgaben der Polikliniken war es, die Arbeitsfähigkeit zu prüfen. Einige der Studienteilnehmer haben sich überrascht gezeigt, dass es in Deutschland „leicht“ sei, sich krankschreiben zu lassen. In der Sowjetunion habe man sich im Krankheitsfall gegen den Verdacht der Simulation wehren müssen. Als Konsequenz habe es für viele bedeutet, erst wenn es gar nicht mehr ging, in die Poliklinik „zu kriechen“. Das würde den Eindruck vieler Ärzte erklären, dass Migranten erst sehr spät zum Arzt kommen.

Die Ernährung war reich an stärkehaltigen Grundnahrungsmitteln – Kartoffeln und Brot – sowie gesättigten Fetten, Fleisch, Zucker und eingelegtem salzhaltigem Gemüse (Gurken, Kohl, Tomaten). Ein typisches Mittagessen besteht aus deftiger fleischhaltiger Mahlzeit, zu der Brot gegessen wird. Abgeschlossen wird mit Tee und süßem Gebäck und/oder Süßigkeiten. Die unausgewogene Ernährung gepaart mit ungünstigem Gesundheitsverhalten wie Tabak – und Alkoholkonsum (insbesondere bei Männern) haben den Anstieg von Übergewicht und der Rate von nicht übertragbaren Krankheiten zur Folge (Jahns *et al.*, 2003).

Ein wichtiger Baustein der sowjetischen Medizin war die Prophylaxe – Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Da diese für alle verpflichtend waren, ging es auch nicht um die Entscheidungsfreiheit. Kinder wurden in Kindergärten oder Schulen untersucht (insb. Sehtest, Mendel-Mantoux-Test auf Tuberkulose), ohne dass die Eltern davon unterrichtet wurden bzw. ihre Einwilligung eingeholt wurde. Mobile Teams führten Untersuchungen auf den Werksgeländen durch (z.B. Lungenröntgen) (Friedenberg, 1987). Wie eine Teilnehmerin der vorliegenden Studie berichtete, konnte es durchaus passieren, dass der Vorgesetzte eine Frau zum Arzt schickte, weil sie ihre gynäkologische Untersuchung versäumt hatte. Hier wird der Umstand deutlich, dass die ärztliche Schweigepflicht quasi nicht existent war.

Obwohl es in der Sowjetunion ein Körperideal gegeben hat, welches sich an die Schönheitsvorstellungen der klassischen Antike und Traditionen der Renaissance anlehnte, spielte Sport in der Bevölkerung als Präventionsmaßnahme und Wohlfühlfaktor eher eine geringe Rolle (Schlögel, 2017). Sport war den Kindern und Profis vorbehalten. Sportliche Aktivitäten wurden auch nicht durch Ärzte empfohlen. Mittlerweile finden sich auch in Russland Fitnessstudios; diese sind aber für die meisten nicht erschwinglich und werden vielmehr von gut betuchten jungen Menschen aus ästhetischen Gründen besucht (Sergeeva, 2012). Für die Autorin selbst war es eine bleibende Erinnerung nach der Migration nach Deutschland, eine ältere Frau auf einem Fahrrad zu sehen. Fahrradfahren war den Kindern vorbehalten. Eine Anekdote am Rande: Eine in Sankt Petersburg lebende Verwandte wundert sich: „Wir sind ja oft in Finnland. Die Finnen, die sind schon komisch - laufen mit Stöcken rum. Das sieht vielleicht blöd aus. Warum machen sie das?“ Auch Diäten wurden vorwiegend zum Abnehmen durchgeführt. Bewusst auf die Ernährung achten mussten nur Kranke, zum Beispiel auf Gebratenes verzichten. Verhaltensänderung im Sinne von bewusster Ernährung oder Bewegung als Behandlungsoption oder Prävention war unbekannt.

Ein weiterer fester Bestandteil der Prävention und Behandlung, insbesondere chronischer Erkrankungen, waren Sanatorien. Diese entstanden bereits in den 1920-er Jahren, indem per Dekret die Kurorte der Krim – wichtigste Erholungs- und Sanatorienregion der UdSSR - von den Arbeitern und Bauern zu nutzen waren, mit dem Ziel die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Werktätigen wiederherzustellen (Bauer, 2014). Allerdings waren die Zugangsbedingungen zur Erholung in den Kurorten hierarchisiert und über Organisationen und Betriebe organisiert, was eine Mitgliedschaft in Gewerkschaft und Berufsvereinigungen voraussetzte. Die Plätze wurden über Privilegiensysteme verteilt, z.B. an Personen, die sich verdient gemacht haben oder an „Lgotniki“ (льготники) – Personen, die aufgrund von Erkrankungen, Verdienste, Alter etc. bestimmte Vergünstigungen erhielten. „Plätze im Erholungsheim waren „Plätze an der Sonne“, [...], sie waren überall begehrt und knapp. Auch bildeten sich, wie überall, wo das Defizit herrschte, Warteschlangen, Eintragungen in Listen, auf denen man oft nach Jahren nach und nach vorrückte. Die Erringung der Genehmigung selbst, der *Putjowka*, war schon ein kleiner Triumph im Alltag.“ (Schlögel, 2017). Das Kurwesen

war nach den Prinzipien der *Kurortologie*¹³ aufgebaut mit zahlreichen Fachabteilungen und strengen Therapieplänen. Auch in der Freizeit wurde nichts dem Zufall überlassen – Unterhaltungs- und Bildungsveranstaltungen standen genauso auf dem Kurplan (Schlögel, 2017; Bauer, 2014).

Zu Zeiten der Sowjetunion wurde das Gesundheitssystem durch die Propaganda, als das beste der Welt angepriesen. Sicherlich war die Grundidee an sich nicht schlecht. Woran es allerdings gemangelt hat, war die notwendige Finanzierung. Die Sowjetunion hatte auf der einen Seite den weltweit höchsten Arzt-Patient-Schlüssel mit 42 Ärzten pro 10.000 Patienten (zitiert nach Bernstein und Shuval, 1994). Auf der anderen Seite betrugen die staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen 1987 nur 4% des Sozialprodukts (n. Bernstein and Shuval, 1994). Trotz der Erfolge der ersten Jahrzehnte, die sich in deutlich zurückgegangener Säuglings- und Müttersterblichkeit sowie steigender Lebenserwartung äußerten, verlor die Sowjetunion aufgrund mangelnder Finanzierung den Anschluss an den weltweiten medizinischen Fortschritt. Das hatte zur Folge, dass die Patienten immer mehr nach alternativen Lösungen zu den staatlichen Einrichtungen suchten (Friedenberg, 1987). Es entwickelte sich eine „Gaben-, Geschenk- und Gefälligkeitskultur“, um an die Medikamente oder Leistungen zu kommen. Es wurde immer wichtiger die „richtigen“ Personen zu kennen. In der russischen Kultur ist es üblich, sich erkenntlich zu zeigen, indem man ein Geschenk oder eine Dienstleistung anbietet. Das wird im deutschen Alltag oft missverstanden und als ein Versuch der Bestechung gesehen. Gleichzeitig mussten die Patienten selbst aktiver werden. Selbstbehandlung und –diagnostik sind auch als Kompensation zu den Mängeln des Gesundheitssystems zu verstehen.

Beeinflusst durch das naturwissenschaftliche, materialistische und physiologische Menschenbild entwickelte sich ein negatives Bild in Bezug auf psychische Erkrankungen. Die psychischen Störungen wurden entweder gelegnet, als nicht ideologiekonform oder gar politisch als Repressionsmittel missbraucht. Dissidenten wurden nicht selten als psychisch krank eingestuft und mit der Diagnose der „schleichenden Schizophrenie“¹⁴ zwangsbehandelt. Da das menschliche Verhalten als ein Produkt sozialer und ökonomischer Bedingungen betrachtet wurde, konzentrierte sich die Behandlung auf

¹³ Balneologie

¹⁴ Der Terminus geht auf Andrej Sneschnewski zurück, der auf dem Psychiatrie-Weltkongress 1971 in Mexiko darüber referiert hat.

sozialisierende und erzieherische Aspekte. Dementsprechend entwickelte sich auch die Psychotherapie insbesondere in Richtung direktiv-suggestiver Verfahren wie Hypnose oder Kollektiv- bzw. Gruppentherapie (Sonnenmoser, 2008). Betrachtet man Krankheitskonzepte über psychische Störungen findet man z.B., dass Menschen im heutigen Russland im Vergleich zu Deutschen eher glauben, dass solche Störungen wie Schizophrenie oder Depression selbstverschuldet sind und auf Mangel an Willensstärke zurück zu führen sind (Angermeyer *et al.*, 2004). Auch in Deutschland lebende Migranten aus der FSU haben im Vergleich zu Deutschen eine tendenziell negativere Einstellung gegenüber der Psychotherapie, was auf die kulturspezifischen Zusammenhänge hinweist (Ditte *et al.*, 2006).

2.2.5 NEUE HEIMAT

2.2.5.1 ALLTAG

Entgegen der oft negativen öffentlichen Wahrnehmung haben sich die meisten (Spät-) Aussiedler gut in Deutschland eingelebt und weisen gute Integrationswerte auf (Woellert *et al.*, 2009). Sie bringen einen hohen Bildungsgrad mit und legen viel Wert auf die Bildung ihrer Kinder. Arbeitslosigkeit ist unter den (Spät-)Aussiedlern insgesamt gering. Sie trifft insbesondere geringqualifizierte Personen, was sie von der autochthonen Bevölkerung wenig unterscheidet. Aber auch Akademiker sind betroffen, die oft deutlich unter ihrem Qualifikationsniveau beschäftigt sind oder gar Schwierigkeiten haben eine Anstellung zu finden (Worbs *et al.*, 2013). Einer der Gründe dafür ist, dass die mitgebrachten Abschlüsse schwer anzuerkennen sind. Statistiken über die jüdischen Zuwanderer sind nicht vorhanden, es ist aber anzunehmen, dass sie im ähnlichen Maße betroffen sind, da viele von ihnen Hochschulanschlüsse haben.

Trotz guter Beschäftigungszahlen und einer „mittleren“ Einkommenssituation, sind (Spät-)Aussiedler „in nicht unerheblichem Maße armutsgefährdet“ (Worbs *et al.*, 2013). Das hängt zum einen mit den in Deutschland geleisteten Arbeitsjahren und Rentenbeiträgen, die zu geringen Renten führen. Ein weiterer Grund könnte die hohe Bereitschaft sein, im Zuge der Migrationsbewältigung geringfügig bezahlte Tätigkeiten aufzunehmen, um vom Staat unabhängig zu werden und unter dem Druck, die Familie versorgen zu müssen. So sind sehr viele (Spät-)Aussiedler als Reinigungskräfte (insbesondere sind Frauen betroffen) oder Hilfsarbeiter beschäftigt, was zukünftig zu niedrigen

Renten führt. Nach der Änderung des Fremdenrentengesetzes am 1. Januar 1992 trat zudem eine Verschlechterung ein. Demnach haben (Spät-)Aussiedler „Anspruch auf Renten in Höhe von nur noch 60 Prozent des Rentenniveaus einheimischer Deutscher. Wenn beide Ehepartner Rente beziehen, darf darüber hinaus ihr gemeinsames Renteneinkommen nicht das 1,6-Fache der Eingliederungshilfe übersteigen, deren Höhe auf 60 Prozent des Sozialhilfesatzes festgesetzt ist; ein Ehepaar erhält somit *gemeinsam* höchstens 96 Prozent einer Durchschnittsrente.“¹⁵ Zudem werden Ehepartnern mit nichtdeutscher Abstammung „fremde“ Arbeitsjahre nicht anerkannt.

Es ist den (Spät-)Aussiedlern wichtig in Deutschland anzukommen und als Deutsche anerkannt zu werden. Im Gegensatz zu früheren türkischen Einwanderern kamen sie nach Deutschland, meist in großen Familienverbänden, um hier zu bleiben. Das bestätigt sich auch in der erkennbaren Neigung zum Wohneigentum (Worbs *et al.*, 2013). Die Zahlen der Rückkehrer sind gering. Leider ist damit auch der zunehmende Verlust der russischen Sprache verbunden. Insgesamt verfügen die (Spät-)Aussiedler über gute Deutsch-Kenntnisse.

Insbesondere die ältere Generation, deren wichtigster Migrationsgrund der Wunsch war „als Deutsche unter Deutschen zu leben“, erlebt einen Konflikt zwischen der Selbstwahrnehmung – Deutsche zu sein und der Fremdwahrnehmung als Russen (Kornischka *et al.*, 2008). Von vielen Teilnehmern der Studie kam der Satz: „Dort waren wir Deutsche, hier sind wir auf einmal Russen.“ Viele leiden unter der mangelnden Anerkennung, die deutsche Kultur, soweit es aufgrund der Repressalien und der massiven durch den Staat vorangetriebenen Russifizierung möglich war, erhalten zu haben. Aufgrund der Differenzen zwischen dem traditionell geprägten Deutschtum und der tatsächlichen Erfahrungen in Deutschland, finden sich viele in einer „Kultur Falle“. Eine neue Wortschöpfung „Russaki“ verdeutlicht das Identitätsproblem der russisch-sprachigen Spätaussiedler – sie können sich weder „Deutsche“ noch „Russen“ nennen. Sie sind „Russaki“ – in Deutschland lebende Russlanddeutsche. Russlanddeutsche sind vielen Vorurteilen und dem Alltagsrassismus ausgesetzt, die die Ausgrenzung als „Russen“ und „Ausländer“ begünstigen. Die meisten entstehen aus schlichter Unwissenheit der Tatsachen sowie einer komplizierten historischer Vergangenheit.

¹⁵ Zitiert nach Alfred Eisfeld für bpb.de, 18.03.2013, <http://www.bpb.de/apuz/156779/spaet-aussiedler-in-deutschland?p=0,by-nc-nd/3.0/>, zuletzt geprüft am 11.02.2018

2.2.5.2 GESUNDHEIT

Migration ist ein einschneidendes Lebensereignis, das Chancen und Risiken birgt. In einigen Studien wurde der Frage nachgegangen, wie es um die Gesundheit der Migranten bestellt ist – macht Migration krank oder stellt sie eine Ressource dar? Im Folgenden werden die bisherigen Forschungsergebnisse zu Migranten aus der FSU bezüglich der gesundheitsbezogenen Aspekte zusammengefasst. Da die Studien in Deutschland rar sind, sollen zur Vervollständigung des Bildes Studien aus Israel und den USA –beides Ländern mit einem hohen FSU-Migrantenanteil – hinzugezogen werden, wenn auch die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind soziale und Versorgungsunterschiede zu berücksichtigen.

Betrachtet man (Spät-)Aussiedler und jüdische Auswanderer aus der FSU, so kann man von einer geregelten Migration sprechen. Der Auswanderungsprozess war gewollt entschieden, bewusst eingeleitet und dauerte je nach Fall über einige Monate im Falle der Jüdischen Auswanderer bis zu mehreren Jahren, wie bei (Spät-)Aussiedlern. Auf der einen Seite erlebten Migranten eine Verbesserung der Lebensbedingungen wie z.B. Stabilität, Sicherheit, medizinische Versorgung. Sie werden sofort in das medizinische und soziale Versorgungssystem integriert. (Spät-)Aussiedler erhalten gleich nach der Ankunft die deutsche Staatsangehörigkeit. Integrationsstudien zeigen, dass die Migranten aus der FSU Chancen, die die Migration eröffnet hat, auch bereitwillig umsetzten – Bildung, Eigenheim etc. (Worbs *et al.*, 2013; Woellert *et al.*, 2009). Aus dieser Sicht kann Migration als eine Ressource bzw. Chance verstanden werden. Auf der anderen Seite sind Migranten im Vergleich zu der autochthonen Bevölkerung mehreren zusätzlichen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Diese sind z.B. Statusverlust, höhere Arbeitslosigkeit, Armutsrisiko, Akkulturationsprobleme, Diskriminierung, Verlust sozialer Netzwerke (insbesondere bei den nicht-deutschen Familienangehörigen). Außerdem können Migranten durch die Lebensbedingungen im Herkunftsland – Ernährung, medizinische Versorgung, health literacy – vorbelastet sein. Über die Auswirkungen der Migration auf die Gesundheit der Eingewanderten gibt es keine einheitlichen Befunde. Es finden sich Ergebnisse in beide Richtungen (s. Abb. 14).

	Risiken	Ressourcen
Bedingungen im Herkunftsland	Hohe Prävalenz bestimmter Infektionskrankheiten (zum Beispiel HIV, Tbc, Hepatitis B)	Gutes Ernährungs- und Gesundheitsverhalten (zum Beispiel gemüserreiche Kost, wenig Alkohol- und Zigarettenkonsum bei Personen muslimischen Glaubens etc.)
	Geringe Qualität und Verfügbarkeit medizinischer Versorgung	
	Schlechte Lebens- und Hygienebedingungen	
Bedingungen während der Migration	Migrationsmotiv (zum Beispiel Verfolgung, Folter, Flucht)	Migrationsmotiv (zum Beispiel Familienzusammenführung, Arbeit/Studium)
	Psychosoziale Belastung: Stress, Trennung von Familie, Einsamkeit, Entwurzelungsgefühl	Hohe Anpassungsfähigkeit an neue Lebenssituation
Bedingungen im Einwanderungsland	Statusverlust gegenüber dem Herkunftsland; niedriger sozioökonomischer Status	Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung: bessere Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (zum Beispiel Muttersterblichkeit)
	Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit	
	Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem (zum Beispiel Sprache, Informationsdefizit)	Geringere Mortalitäts- und Morbiditätsraten verschiedener Migrantengruppen (zum Beispiel Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen)
	Psychosoziale Belastungsfaktoren (Aufenthaltsstatus, Rassismus-Erfahrungen etc.)	
Individuelle Persönlichkeit	Niedrige/r Bildungsstand/berufliche Qualifikation	Hohe/r Bildungsstand/berufliche Qualifikation
	Isolation, geringe Teilhabe	Gutes soziales/familiäres Netzwerk
	Individuelles Verständnis von Krankheit und Gesundheit, Gesundheitsverhalten	Individuelle Bewältigungsstrategien für Krankheiten

Abbildung 14: Beispiele für migrationsspezifische Gesundheitsrisiken und –ressourcen
(Bungartz *et al.*, 2011).

Der gesundheitliche Migranten-Vorteil im Bezug auf die Gesamtmortalität im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung wurde entgegen der Erwartungen, die auf Mortalitätsraten im Herkunftsländern basierten, in der Studie von Becher *et al.* (2007) gefunden. Männer hatten eine sehr niedrige Herz-Kreislauf-Mortalität und Frauen zusätzlich eine sehr niedrige Krebsmortalität insbesondere bei Brust- und Lungenkrebs. Die Gesamtkrebsmortalität bei Männern war vergleichbar mit der in der deutschen Bevölkerung, wobei deutliche Unterschiede in der Lokalisation verzeichnet wurden. Männliche Migranten aus der FSU waren häufiger an Lungen-, Magen- und Leberkrebs erkrankt aber seltener an kolorektalem und Prostatakarzinom.

Auch scheint der Zeitpunkt der Einwanderung eine Rolle für den Gesundheitszustand zu spielen. Kaucher *et al.* (2017) fanden Unterschiede in der Mortalität in den Einwanderungskohorten 1990-1992, 1993-1995 und 1996+, welche durch die veränderten gesetzlichen Aufnahmebedingungen zustande kommen. Sie fanden eine

signifikant höhere allgemeine Mortalität bei den nach 1996 eingereisten Migranten im Vergleich zu den vor 1993 Eingereisten. Ein ähnlicher wenn auch nicht signifikanter Trend wurde bei der Krebsmortalität festgestellt. Männer der Kohorte „1996+“ wiesen eine höhere allgemeine und durch externe Faktoren bedingte Mortalität sowohl im Vergleich zu der autochthonen deutschen Population als auch zu den vor 1996 eingereisten Männern. Die Autoren führen diese Unterschiede auf die auch in der Studie festgestellte Veränderung in der Zusammensetzung der Einwanderungsgruppe. Während die erste Kohorte eher als homogen bezeichnet werden konnte, da sie zu 85,0% aus ethnischen Deutschen bestand, waren es in der letzten Kohorte 66,2%. Es wird vermutet, dass sich als Konsequenz daraus andere Muster der Risikofaktoren ergeben, wie ungesunder Lebensstil, Rauchen, Alkoholkonsum, aber auch erschwerte Integrationsbedingungen und daraus resultierende psychische Probleme.

2.2.5.3 GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN

Abhängigkeitserkrankungen sind bei Migranten aus der FSU ein besonderer Gesundheitsaspekt, da diese häufig einen riskanten Alkohol- und Drogenkonsum aufweisen. Im Vergleich zu Nichtmigranten zeigen sie andere Konsummuster bezüglich des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums, was zum Teil durch die kulturelle Prägung bedingt ist, wie einige deutsche, US-amerikanische und israelische Studien zeigen (Reiss *et al.*, 2010; Rahav, 1999; Hasin *et al.*, 1999). Des Weiteren sind FSU-Migranten häufig von den Folgeerkrankungen betroffen, wie z.B. Hepatitis C bei Drogenkonsum (Isralowitz *et al.*, 2007; Hasin *et al.*, 1999). Es finden sich Hinweise, dass FSU-Migranten eine „steilere“ Drogenkarriere aufweisen und schneller als Einheimische in den Konsum harter Drogen wie Heroin einsteigen (Kazin, 2006). Auch nicht natürliche Todesursachen, die sich in Verbindung mit psychotropen Substanzen bringen lassen, sind bei Migranten häufiger (Becher *et al.*, 2007).

Es konnten keine Studien gefunden werden, die sich explizit mit dem präventiven Gesundheitsverhalten der russisch-sprachiger Migranten befassen. Es finden sich Hinweise, dass Migranten in Deutschland weniger an präventiven Angeboten partizipieren (Spallek und Razum, 2007).

Auch die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems weicht von den Einheimischen ab. Das kann zum einen an der Sozialisation im Herkunftsland liegen, so dass ein altes Inanspruchnahmeverhalten beibehalten wird. Es zeigt sich, dass Mig-

ranten für präventive Gesundheitsmaßnahmen schlechter erreichbar sind. Dazu zählen u.a. Krebsvorsorge, Suchthilfeangebote oder erkrankungsspezifische Maßnahmen wie z. B. DMP. Als Gründe hierfür werden neben den Sprachbarrieren mangelnde Informationen über das Versorgungssystem sowie kulturspezifische Barrieren diskutiert (Spallek und Razum, 2007).

2.3 METHODE

2.3.1 FORSCHUNGSFRAGEN

- Welche Erfahrungen haben russlanddeutsche Patienten mit dem deutschen Gesundheitssystem gemacht (Zufriedenheit, Erfahrungen in Bezug auf Akzeptanz, Verständnis, diagnostische und therapeutische Wirksamkeit)?
- Welche Erwartungen haben Russlanddeutsche vor dem Hintergrund der Erfahrungen in ihren Ursprungsländern an Hausärzte und anderes Gesundheitspersonal in Deutschland?
- Bestehen Unterschiede in den Erfahrungen beim Hausarzt zwischen autochthonen Deutschen und Migranten?
- Bestehen Unterschiede in den Kommunikationspräferenzen, psychischer Gesundheit, Selbstfürsorge und anderen Aspekten zwischen autochthonen Deutschen, Migranten und in den Herkunftsländern lebenden Teilnehmern?
- Wie erleben behandelnde Hausärzte die Arbeit mit Migranten aus der FSU?
- Mit welchen Kommunikationsformen können russlanddeutsche Patienten erreicht werden?

2.3.2 QUALITATIVE VERSORGUNGSFORSCHUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

Um unterschiedliche Perspektiven und Aspekte der medizinischen Interaktion im interkulturellen Kontext zu untersuchen, wurde eine „mixed-methods“-Studie konzipiert, welche sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsdaten beinhaltet.

Qualitative Forschungsmethoden bieten die Möglichkeit, an Erkenntnisse aus nicht standardisierten Daten zu gelangen, die den quantitativen Methoden nicht zugänglich sind (Marx and Wollny, 2009). Von den qualitativen Methoden wird größere Offenheit erwartet, wobei die Perspektive der Beteiligten berücksichtigt wird (Kuckartz, 2008). Insbesondere wenn es um die Erfassung und Auswertung von subjektiven Lebenswelten geht – also solcher Konzepte wie z.B. Erfahrungen, Erwartungen, Arzt-Patient-Beziehung, Zufriedenheit etc., sind diese nur schwer mit einem standardisierten Fragebogen zu erfassen. Das Datenmaterial besteht dabei aus Transkriptionen von Audio- oder Videoaufnahme aus z. B. Interviews, Fokusgruppen, Arzt-Patient-Kontakt etc., wel-

che interpretativ, hermeneutisch ausgewertet werden. Die fünf zentralen Ansätze qualitativer Forschung sind der narrative Ansatz, der phänomenologische Ansatz, die „grounded theory“, der ethnographische Ansatz und Fallstudien. Die Zielsetzung bestimmt, welcher Ansatz zur Anwendung kommt. Ziel des narrativen Ansatzes ist es, Ereignisse oder Handlungen chronologisch in Verbindung zu setzen und zu analysieren. Dazu werden Geschichten oder Lebenserfahrungen einer kleinen Anzahl von Personen erfasst und im historischen, kulturellen und sozialen Kontext betrachtet. Als Ergebnis entsteht eine Geschichte, die einen kausalen Zusammenhang zum Kontext aufweist. Die „grounded Theory“ hat zum Ziel eine Theorie zu generieren, um einen Prozess nicht a priori, sondern aus den empirischen Daten heraus zu erklären. Zwischen den beiden Ansätzen ist der phänomenologische Ansatz angesiedelt. Dabei geht es um die Datensammlung, die subjektiv gelebte Erfahrungen mehrerer Individuen, in Bezug auf ein Phänomen, beschreiben soll. Als Datenquellen dienen offene, an der Biographie der Probanden orientierte, Einzelinterviews oder Fokusgruppen. Die Aussagen werden bei der Inhaltsanalyse auf das Wesentliche reduziert, um das Phänomen zu beschreiben. Die Endbeschreibung behandelt die Fragen „was“ und „wie“ erlebt wird oder wurde. Die Anzahl der befragten Probanden kann variieren. Die Datenerhebung kann an neue Informationen dynamisch angepasst werden und wird beendet, wenn die Informationssättigung erreicht ist (Lamnek, 2008). Wenn die eigenen Erfahrungen des Forschers in die Datenauswertung mit einfließen, so wird nach dem hermeneutischen Ansatz vorgegangen. Bei dem transzedenten/psychologischen Ansatz fließen keine persönlichen Interpretationen des Forschers in die Auswertung ein. (Donner-Banzhoff und Bösner (Hrsg.), 2013).

Im Sinne der Methoden-Triangulation werden in der vorliegenden Studie qualitative und quantitative Datenquellen verwendet. Dabei werden die Methoden als komplementäre Forschungsstrategien kombiniert und zur Herstellung eines allgemeineren Bildes des untersuchten Gegenstandes verknüpft (vgl. Flick, 2008, 75). Des Weiteren sollen qualitative Ergebnisse durch quantitative überprüft und ggf. zur Erklärung hinzugezogen werden.

Der qualitative Teil der Studie wurde nach den Prinzipien des phänomenologischen Ansatzes konzipiert (Moustakas, 2010). Dabei stand das Phänomen „*interkultureller Hausarzt-Patient-Kontakt*“ im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Als Stichprobe wurden Patienten mit und ohne Migrationshintergrund mit einer chronischen Erkran-

kung, die regelmäßig einen Hausarzt aufsuchen, und Hausärzte mit und ohne Migrationshintergrund bestimmt. Bezüglich dieses Phänomens wurden in einer Substudie subjektiv „gelebte“ Erfahrungen der Beteiligten aus unterschiedlichen Perspektiven erfasst. Als Erhebungstechnik wurde das teilstrukturierte an der Biographie der Probanden orientierte Interview eingesetzt. Die Teil-Strukturierung diente der besseren Orientierung entlang des Interviews und stellte sicher, dass zum einen der „rote Faden“ leichter verfolgt werden konnte, zum anderen alle Fragen zum Phänomen allen Patienten bzw. Ärzten gestellt wurden. Darüber hinaus ließ die Offenheit des Interviews viel Raum für eine freie Wiedergabe des Erlebten und setzte das Erlebte in den Gesamtkontext (Migrationserfahrung, frühere Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung, erste Eindrücke etc.). Zur Auswertung nach dem phänomenologischen Ansatz wurden die Erzählungen aufgenommen, (nach Bedarf übersetzt), transkribiert, in Aussagen auf jeweilige Aspekte aufgeteilt und codiert. Um das Phänomen zu beschreiben, wurden die Aussagen auf das wesentliche reduziert. Die Inhaltsanalyse erfolgte nach Mayring (2010) Als Ergebnis wurde eine Endbeschreibung des Phänomens zusammengestellt, die dieses anhand von „was erlebt“ und „wie erlebt“ charakterisiert. Die eigenen Erfahrungen der Forscher spielten bei der Auswertung eine untergeordnete Rolle und wurden nicht in die Auswertung einbezogen (Donner-Banzhoff und Bösner, 2013)).

Ein anderer Zugang an das Phänomen „*interkultureller Hausarzt-Patient-Kontakt*“ wurde durch die Videoaufnahmen von direkten, spontanen hausärztlichen Konsultationen gefunden. Die Akteure waren hier autochthone Ärzte und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. Das Datenmaterial soll durch die Betrachter interpretativ ausgewertet werden - Beobachtung und Einschätzung nach bestimmten Kriterien.

2.3.3 STUDIEN-DESIGN

Die Studie beinhaltete folgende Teiluntersuchungen (Abb. 16):

- Interviews mit Migranten aus den Staaten der FSU in Russischer Sprache
- Interviews mit autochthonen Patienten
- Interviews mit autochthonen Hausärzten, Hausärzten mit russisch-sprachigem Hintergrund und einem Arzt mit einem anderen kulturellen Hintergrund mit sehr guten Russisch-Kenntnissen

- Brief- und Onlineumfrage in deutscher und russischer Sprache unter Deutschen, russisch-sprachigen Migranten in Deutschland und unter Bewohnern Russlands
- Videoaufnahmen von hausärztlichen Interaktionen mit Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. Das Studien-Design ist in der Abbildung 15 zusammengefasst.

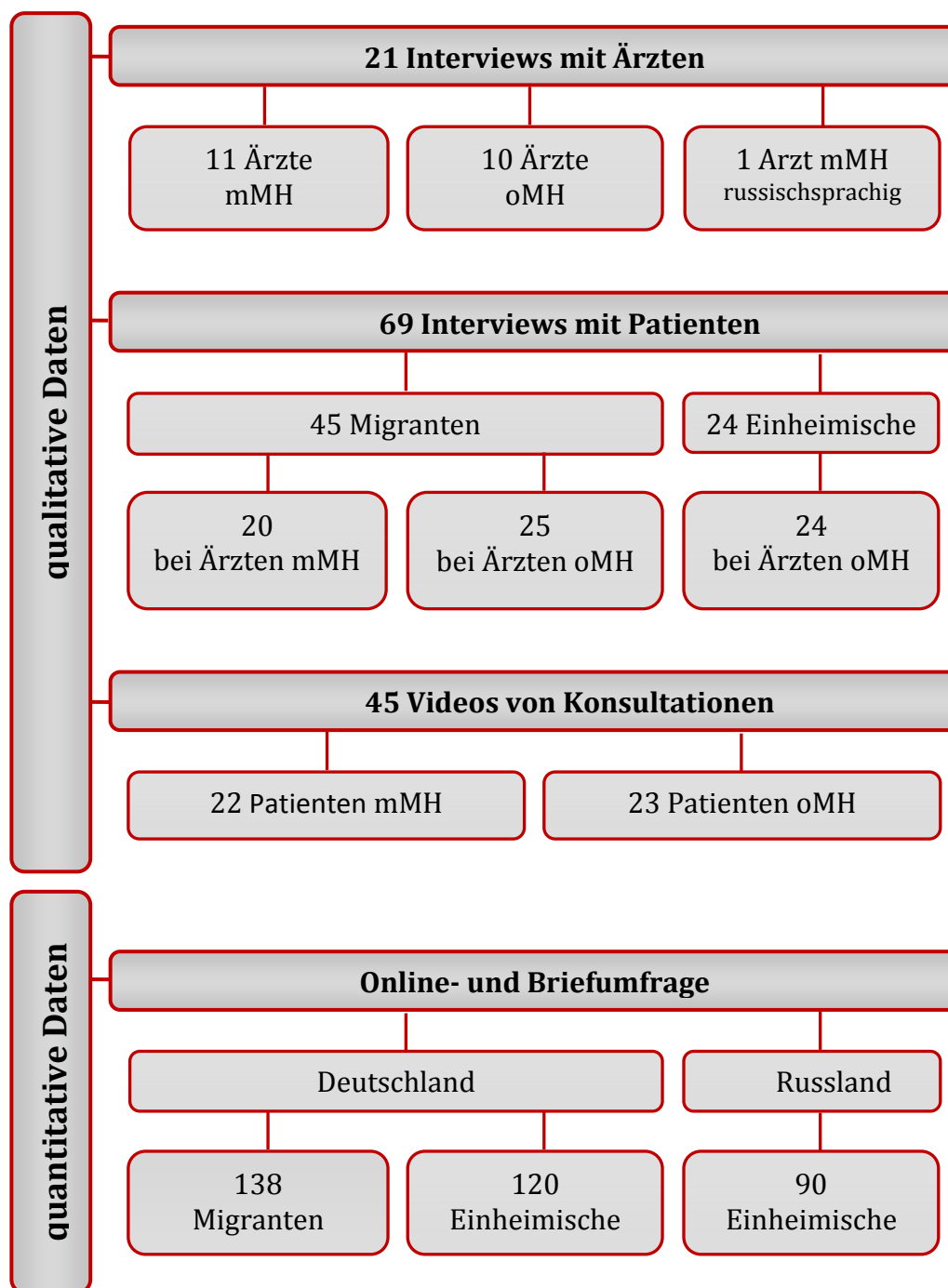


Abbildung 15: „Mixed-methods“-Design der Gesamtstudie „Russisch-sprachige Patienten beim Hausarzt“ (mMH: mit russisch-sprachigem Migrationshintergrund; oMH: ohne Migrationshintergrund)

2.3.4 DATENQUELLEN UND STICHPROBEN

2.3.4.1 INTERVIEWS: PATIENTEN

Für die Interviews wurden die russisch-sprachigen Teilnehmer per Aushang in russischer Sprache in Fachpraxen, russischen Geschäften, über die jüdische Gemeinde sowie nach dem Schneeballprinzip für die Teilnahme an der Gesamtstudie angesprochen. Die Teilnehmer wurden mehrheitlich bei ihnen Zuhause interviewt. In wenigen Fällen fanden die Interviews in den Räumen einer psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz statt. Ein Interview wurde telefonisch durchgeführt. Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30€. Auf Wunsch der Teilnehmer war die Interviewsprache Russisch. Alle Interviews wurden von der Autorin durchgeführt.

Die deutschen Teilnehmer wurden zusätzlich über Hausärzte, persönliche Kontakte und Selbsthilfegruppen rekrutiert. Das ursprüngliche Vorhaben, auch Migranten über Hausärzte zu rekrutieren, wurde verworfen, da zu Beginn der Studie angesprochene Patienten mit Migrationshintergrund die Teilnahme abgelehnt hatten, aus Sorge, dass ihr Hausarzt über Inhalte des Gesprächs Kenntnisse erlangen könnte. Trotz der Zusicherung der Geheimhaltung, haben die potentiellen Teilnehmer Bedenken geäußert, dass ihnen bei dem Arzt durch die Teilnahme Nachteile entstehen könnten. „Wenn der Arzt weiß, dass ich über ihn rede, könnte er negativ reagieren“. Seitens der deutschen Teilnehmer wurden solche Bedenken nicht geäußert.

Die deutschen Patienten wurden von Herrn Dr. med. Michael Völker interviewt. Die Daten des Vergleiches von deutschen und einem Teil russischsprachiger Interviews (interviewt von der Autorin) wurden zusätzlich zur vorliegenden Arbeit von Herrn Dr. med. Völker für seine Promotionsarbeit am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg verwendet. Die Dissertation wurden betreut durch Herrn Prof. Dr. med. N. Donner-Banzhoff, Herrn Prof. Dr. med. S. Bösner und die Autorin.

Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung beim Patienten wurde als Einschlusskriterium aufgenommen, da dies auch regelmäßige und i.d.R. dauerhafte hausärztliche Anbindung impliziert, so dass die Patientenaussagen sich auf mehrere Kontakte mit dem Hausarzt beziehen. Als Mindestalter für die Teilnahme an der Studie wurde 18 Jahre bestimmt. Bei den Migranten handelt es sich nur um Migranten aus der FSU.

2.3.4.2 INTERVIEWS: HAUSÄRZTE

Ursprünglich wurden zwei Fokusgruppen mit Hausärzten geplant. Das Ziel war eine Diskussion darüber, wie die Hausärzte die Arbeit mit russisch-sprachigen Patienten im Praxisalltag erleben. Um Ärzte zu rekrutieren, wurden niedergelassene Allgemeinmediziner angeschrieben, mit der Bitte um die Rückmeldung, ob sie zur Teilnahme bereit wären. Die Resonanz war entgegen der Erwartungen sehr schlecht – nur zwei Ärzte haben sich bereit erklärt an einer Fokusgruppe teilzunehmen. Über die Gründe können nur Vermutungen angestellt werden.

Es wurde beschlossen, Einzelinterviews durchzuführen. Die Ärzte wurden erneut angeschrieben und 22 niedergelassene Kollegen unter anderem aus Marburg-Biedenkopf, Heidelberg, Rein-Main-Gebiet und Kassel haben sich zur Teilnahme bereit erklärt. Der Vorteil der Einzelinterviews im Vergleich zu Fokusgruppen lag für die Ärzte vorwiegend im geringen organisatorischen Aufwand. Alle Interviews fanden in den Praxen der teilnehmenden Ärzte, entweder in der Pause oder nach Ende der Sprechstunde, statt. Die Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 100€.

10 der teilnehmenden Ärzte hatten keinen Migrationshintergrund. 11 Ärzte stammten aus der ehemaligen Sowjetunion. Ein Arzt hatte einen anderen Migrationshintergrund, sprach aber ausgezeichnet Russisch und war sehr gut mit der russischen Kultur vertraut. Zwei der Ärzte waren in einer Praxisgemeinschaft und wurden gemeinsam interviewt, daher sind 21 Interviews bei 22 Teilnehmern entstanden.

2.3.4.3 ONLINE- UND BRIEFUMFRAGE

Es wurde eine zweisprachige Umfrage als Online- und Papierversion vorbereitet (s. Anhang, s. Tab. 2).

Tabelle 2: Survey

Erhobene Daten	Fragebogen /Aspekte	Autoren
Demographische Daten	Alter, Geschlecht, berufliche Tätigkeit, Migrationsgeschichte	Autorin
Gesundheitsstatus	Vorliegen chronischer Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, subjektives psychisches und körperliches Wohlbefinden, subjektive Kontrolle über die Gesundheit, Gesundheitsverhalten	Autorin
Depression Somatisierung	Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ-9 und PHQ-15)	Löwe <i>et al.</i> , 2002
Selbstfürsorge	Hamburger Selbstfürsorgefragebogen (HSF)	Harfst <i>et al.</i> , 2009
Kommunikationspräferenzen	Fragebogen zur Erfassung von Patienten mit chronischen Erkrankungen (KOPRA)	Farin <i>et al.</i> , 2011
Krankheitsannahmen	Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)	Glattacker <i>et al.</i> , 2009
Bewertung von Symptomen	Krankheitsvignetten	Autorin

In Deutschland wurden die Fragebögen in der Papierversion mit frankierten Rückumschlägen an 21 Hausärzte mit hoher Frequentierung durch russisch-sprachige Migranten verteilt. Die Ärzte wurden gebeten, diese in der jeweils präferierten Sprache an ihre russisch-sprachigen und deutschen Patienten zu verteilen, die den Einschlusskriterien der Studie entsprochen haben. Die Ärzte wurden gebeten keine weitere Selektion (nach Sympathie, Aufwand, Sprachkenntnisse etc.) vorzunehmen. Die Rücklaufquote betrug 29%. Es kann nicht zurückverfolgt werden, ob bereits in den Praxen wenige Bögen verteilt wurden oder die Patienten diese nicht weiter geleitet haben. Die relativ geringen Rücklaufquoten sind in den Migrantenstudien allerdings nicht unüblich (Bermejo *et al.*, 2012b). In Russland verteilten zwei stundetische Studienhelfer den Fragebogen in Moskau und in der ländlichen Region von Saratow. 36 Papier-Fragebögen gingen in die Auswertung ein.

Die Onlineumfrage wurde zweisprachig auf der Online-Plattform www.online-eval.de platziert. Diese wird betrieben von der Marburger AG Methoden und Evaluation

(MAGMA) an der Philipps-Universität Marburg. In den verschiedenen Online-Communities und Gesundheitsforen wurden Aufrufe zur Teilnahme an der Studie mit Kontaktdaten für weitere Informationen platziert. Einschlusskriterien waren: Mindestalter 18 Jahre, wohnhaft in Deutschland oder GUS-Ländern, Herkunftsländer im Migrationsfall nur FSU, kompletter Fragebogen.

Die Daten der Umfrage wurden zusätzlich von Frau Dr. med. Katharina Teigeler im Rahmen ihrer Promotionsarbeit am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg verwendet. Die Dissertation wurden betreut durch Herrn Prof. Dr. med. N. Donner-Banzhoff, Herrn Prof. Dr. med. S. Bösner und die Autorin.

2.3.4.4 VIDEOAUFNAHMEN DER KONSULTATION

Hausärztliche Praxen wurden angeschrieben mit der Anfrage, Konsultationen von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund filmen zu dürfen. Fünf Hausärzte hatten sich bereit erklärt. Der Tag der Aufnahme wurde durch die Anzahl der an Patienten mit Migrationshintergrund vergebenen Termine bestimmt. Wenn zu erwarten war, dass mehrere Migranten in die Sprechstunde kommen würden, suchte das Team die Praxis auf. Eine Kamera wurde in einem Behandlungsraum platziert. Alle Patienten mit und ohne Migrationshintergrund, die an dem Tag die Praxis aufgesucht haben, wurden angesprochen. Die Aufnahme erfolgte nur nach ausdrücklichem schriftlichem Einverständnis der Teilnehmer. Die Konsultationen fanden ohne vorherige Absprache oder Vorbereitung statt. Die Teammitglieder waren bei der Konsultation nicht anwesend: die Videoaufnahme wurde gestartet bevor die Konsultation begann; die Forscher verließen den Raum; die Aufnahme wurde gestoppt, wenn der Patient den Behandlungsraum verlassen hatte. Die Praxen erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10€ pro Aufnahme.

2.3.5 AUSWERTUNG

Die Auswertung der qualitativer Daten erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010). Dazu wurden die Interviews mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und nach Regeln (Kuckartz *et al.*, 2008) transkribiert. Russische Interviews wurden übersetzt und transkribiert. Unter Verwendung von MAXQDA¹⁶, wurden orientiert an den Forschungsfragen induktiv inhaltliche Kategoriensysteme (bzw. in der

¹⁶ VERBI Software GmbH

Software *Codebäume*) zusammengestellt. In Teamarbeit wurden die Interviewpassagen den einzelnen Kategorien (in der Software *Codings*) zugewiesen. Diese Kategorien wurden immer wieder überprüft und nach Bedarf modifiziert. Nach der so erfolgten Explikation entstanden zusammenfassende Beschreibungen der einzelnen Kategorien.

Quantitative Daten wurden mit IBM® SPSS Statistics 19, IBM®SPSS AMOS 19 ausgewertet.

2.4 ORIGINALARBEITEN

2.4.1 PRÜFUNG DER MESSÄQUIVALENZ DER VERWENDETEN FRAGEBÖGEN

Oliver Hirsch, Norbert Donner-Banzhoff, Viktoria Bachmann (2013). Measurement Equivalence of Four Psychological Questionnaires in Native-Born Germans, Russian-Speaking Immigrants, and Native-Born Russians. J Transcult Nurs 2013 24: 225. DOI: 10.1177/1043659613482003.

HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG

Im Rahmen der „mixed-methods“-Studie wurden Daten mittels einer Online- und Briefumfrage gesammelt. Um einer unerwünschten Selektion aufgrund möglicher schlechter Deutschkenntnissen vorzubeugen sowie Menschen in Russland zu befragen, wurden Fragebögen in zwei Sprachen (Deutsch und Russisch) vorgelegt. Da psychologische Konstrukte abhängig von kulturellen Kontext sind, ist es notwendig zu prüfen, ob sich auch übersetzte Verfahren für die Untersuchung eignen und gleiche Messäquivalenz wie die ursprünglichen Fragebögen aufweisen. Wenn das nicht der Fall ist, hat das einen negativen Einfluss auf die Interpretation der Befunde.

Das Ziel dieser Arbeit war, die Messäquivalenz der verwendeten Instrumente (PHQ-9 und 15, KOPRA, HamSCQ) zu prüfen, bevor weitere inhaltlichen Analysen erfolgen konnten.

METHODE

In die Auswertung gingen 348 Fragebögen ein, die den Einschlusskriterien (Vollständigkeit, Alter, Herkunfts- und Wohnland) entsprochen haben. Es nahmen 138 russischsprachige Migranten, 120 einheimische Deutsche und 90 Russen in Russland teil. Es wurde konfirmatorische Faktorenanalyse mit AMOS 19 durchgeführt, um zu testen, ob die postulierte Faktorstruktur der Fragebögen äquivalent ist. Des Weiteren wurde Differential Item Functioning (DIF) berechnet. Alle Analysen wurden mit IBM SPSS 19 mit dem Syntax für ordinale logistische Regression DIF durchgeführt.

ERGEBNISSE


Die drei Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich des Alters, Familienstatus und Geschlechts. Zwischen den drei Teilnehmergruppen fanden sich einigen demografische Unterschiede: mehr Deutsche und weniger Russen hatten einen geringen Schulabschluss; mehr Russen als Deutsche hatten einen Hochschulabschluss; mehr Migranten als Deutsche waren arbeitslos. Diese Ergebnisse spiegeln gut bestehende soziale Gegebenheiten.

PHQ-9, PHQ-15, HamSCQ und KOPRA: alle Vergleiche zwischen den Gruppen (Deutsche-Russen; Deutsche-Migranten; Migranten-Russen)

DISKUSSION

Alle vier klinischen Verfahren erfüllen relevante Kriterien der Messäquivalenz und können in einer interkulturellen Studie in beiden Sprachen angewandt werden. Die weiteren Ergebnisse können ohne Einschränkungen interpretiert werden.

Measurement Equivalence of Four Psychological Questionnaires in Native-Born Germans, Russian-Speaking Immigrants, and Native-Born Russians

Journal of Transcultural Nursing
24(3) 225–235
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1043659613482003
tcn.sagepub.com


Oliver Hirsch, PhD¹, Norbert Donner-Banzhoff, MD, MHSc¹
and Viktoria Bachmann, MSc¹

Abstract

Psychological constructs depend on cultural context. It is therefore important to show the equivalence of measurement instruments in cross-cultural research. There is evidence that in Russian-speaking immigrants, cultural and language issues are important in health care. We examined measurement equivalence of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15), the Hamburg Self-Care Questionnaire (HamSCQ), and the questionnaire on communication preferences of patients with chronic illness (KOPRA) in native-born Germans, Russian-speaking immigrants living in Germany, and native-born Russians living in the former Soviet Union (FSU). All four questionnaires fulfilled requirements of measurement equivalence in confirmatory factor analyses and analyses of differential item functioning. The Russian translations can be used in Russian-speaking immigrants and native-born Russians. This offers further possibilities for cross-cultural research and for an improvement in health care research in Russian-speaking immigrants in Germany. The most pronounced differences occurred in the KOPRA, which point to differences in German and Russian health care systems.

Keywords

immigrants, questionnaires, methodology, confirmatory factor analysis, differential item functioning

Psychological constructs depend on cultural context. It is therefore important to show the equivalence of measurement instruments in cross-cultural research. Otherwise, the collected data would not be comparable between groups with different cultural backgrounds (Salzberger, Sinkovics, & Schlegelmilch, 1999). Culture-specific response behavior or distortions because of translation might be factors that could interfere with comparability. Quantitative analyses of comparability in cross-cultural research should always be accompanied by qualitative elaborations on the plausibility of the obtained results. This topic had been extensively examined in the area of achievement tests (Abedalaziz, 2011). The importance of equivalence between different cultural groups was also recognized in clinical psychology (Mewes et al., 2010).

When questionnaires are translated into different languages, it is important to show their equivalence or invariance (Millsap, 2007) on item level and regarding factorial structure. Two individuals from different groups with identical characteristics on a latent construct should have the same probability to get any score on a specific test. Otherwise, item bias might result that has a negative influence on the interpretation of measured constructs. Petersen et al. (2003)

examined nine translations of a health-related quality of life questionnaire regarding the presence of item bias. In their differential item functioning (DIF) analyses, they found indications of item bias in seven translations. Such an item bias can negatively affect interpretation of results from cross-cultural comparisons. For example, several ethnic differences in depression questionnaires were reported (Breslau, Javaras, Blacker, Murphy, & Normand, 2008). Confirmatory factor analysis and DIF were used in isolation to examine measurement equivalence (Bingenheimer, Raudenbush, Leventhal, & Brooks-Gunn, 2005; Stommel, Wang, Given, & Given, 1992). Scott et al. (2009) argue for the use of DIF analyses in any study that validates translations of quality of life questionnaires. Also, the combination of DIF and confirmatory factor analysis was recommended and applied in several studies, but with different methodological underpinnings (Hambrick et al., 2010; Raju, Laffitte, & Byrne, 2002). Both

¹Philipps University Marburg, Marburg, Germany

Corresponding Author:

Oliver Hirsch, Department of Family Medicine, Philipps University Marburg, Karl-von-Frisch-Str. 4, D-35043 Marburg, Germany.
Email: oliver.hirsch@staff.uni-marburg.de

techniques were shown to have the potential to adequately assess measurement equivalence.

The issue of measurement equivalence is especially relevant in migration research. There is evidence that in Russian-speaking immigrants cultural and language issues are of importance in health care (Mehler, Lundgren, Pines, & Doll, 2004). Russian-speaking immigrants to Germany were reported to have more health problems than native-born Russians living in Russia and native-born Germans (Kirkcaldy et al., 2005). They suffer more frequently from headaches and symptoms of exhaustion. The authors conclude that migration may cause increased stress, which affects all areas of biopsychosocial functioning. This group of Russian-speaking immigrants was identified as a high-risk group with higher rates of obesity and hyperlipidemia, lower positive health behavior, and higher rates of psychosomatic disorders (Aparicio, Doring, Mielck, & Holle, 2005; Mirsky, 2009; Mosko, Pradel, & Schulz, 2011). They are said to have very differing illness and treatment beliefs (Dohan & Levintova, 2007; Spiess & Kilcher, 2003).

Health outcomes in immigrants might be assessed as poor when health care providers do not consider differences in language and culture (Lassetter & Callister, 2009). Mental health interventions that were tailored to specific cultural groups were four times more effective than more generalized interventions (Griner & Smith, 2006). These results support the idea of developing specific interventions for immigrants in different medical settings. To offer appropriate evidence-based treatments to immigrants, their symptoms have to be adequately measured. To reduce the language barrier and selection bias, assessment instruments should be available in their native language. These instruments not only have to be translated but they also have to be examined if items are understood differently in different ethnic groups (item bias) and if they measure the same construct in different ethnic groups (factorial structure). When these requirements are fulfilled, such instruments can help improve health care research in immigrants.

Therefore, the aim of our study was to examine measurement equivalence of psychological questionnaires such as the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15), the Hamburg Self-Care Questionnaire (HamSCQ), and the questionnaire on communication preferences of patients with chronic illness (KOPRA) in native-born Germans, Russian-speaking immigrants from the former Soviet Union (FSU) living in Germany, and native-born Russians living in the FSU. The study complies with the Declaration of Helsinki. The research protocol was approved by the local research ethics committee. All patients gave their (written) informed consent.

Method

Measurements

Patient Health Questionnaire-9. The PHQ-9 measures depression and is a part of the Patient Health Questionnaire (PHQ),

which contains further modules regarding alcohol, eating, anxiety, and somatoform disorders (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999). It covers diagnostic criteria from the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Items are scored on a 4-point scale (0 to 3, maximum score 27). The PHQ-9 has proven its reliability and validity in the primary care context and in other medical settings. Cronbach's α ranged between .80 and .92, correlations with other measures of depression were between .54 and .81 (convergent validity), sensitivity values were around 92%, and specificity around 78% (Arroll et al., 2010; Gilbody, Richards, Brealey, & Hewitt, 2007; Kroenke, Spitzer, Williams, & Lowe, 2010). The German version also possesses good statistical quality criteria (Cronbach's α = .88; validity coefficients .59-.73, sensitivity in medical groups 95%, specificity in medical groups 86%; Gräfe, Zipfel, Herzog, & Löwe, 2004; Lowe, Kroenke, Herzog, & Gräfe, 2004; Martin, Rief, Klaiberg, & Braehler, 2006). We did not find any studies examining psychometric properties of the Russian version.

Recently, the equivalence of the PHQ-9 in native-born Germans and a heterogeneous sample of immigrants was shown with confirmatory factor analyses (Mewes et al., 2010). The characteristics of this migrant sample differed fundamentally from ours. The sample was heterogeneous regarding their home countries and most of them had advanced knowledge of the German language so that the questionnaire was administered solely in German.

Studies that evaluate the PHQ-9 in different ethnic groups are rare. Huang, Chung, Kroenke, Delucchi, and Spitzer (2006) found a one-dimensional structure in African Americans, Chinese Americans, Latinos, and non-Hispanic White primary care patients. Results of DIF analyses revealed no indication of item bias between these groups. Crane et al. (2010) analyzed the statistical properties of the PHQ-9 in HIV-infected patients with confirmatory factor analyses and DIF. They were able to find support for a one-dimensional structure, but several items exhibited bias with regard to ethnic background, gender, and age. A Dutch study was able to demonstrate measurement invariance in Surinam Dutch and Dutch primary care patients (Baas et al., 2011).

We used the official German (<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Materialien-zum-PHQ.6276.0.html#c11693>) and Russian versions (www.phqscreeners.com).

Patient Health Questionnaire-15. The PHQ-15, which measures symptoms of somatoform disorders, is also a module of the PHQ. Items are scored on a 3-point scale (0 to 2, maximum score 30). It consists of 13 physical symptoms such as back pain, headache, shortness of breath, and two items of the PHQ-9 (sleep disorders, tiredness/lack of energy).

The PHQ-15 has proven its utility in the primary care context and in other medical settings (Han et al., 2009; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002; Kroenke et al., 2010; van Ravesteijn et al., 2009). The German version also possesses good statistical quality criteria (Cronbach's α = .79, validity

coefficients around .60, sensitivity 80%, specificity 60%; Korber, Frieser, Steinbrecher, & Hiller, 2011; Steinbrecher, Korber, Frieser, & Hiller, 2011). We did not find any studies examining psychometric properties of the Russian version.

The equivalence of the PHQ-15 in native-born Germans and immigrants living in Germany was also shown with confirmatory factor analyses (Mewes et al., 2010). This is the same study that was cited above in the discussion of the PHQ-9, so the same limitations mentioned earlier have to be considered. Ethnic differences were found between non-Hispanic and Hispanics, which questions the adequacy of the PHQ-15 for the latter group (Interian, Allen, Gara, Escobar, & Diaz-Martinez, 2006).

We used the official German (<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Materialien-zum-PHQ.6276.0.html#c11693>) and Russian versions (www.phqscreeners.com).

Hamburg Self-Care Questionnaire. The HamSCQ measures positive health attitudes and positive health behaviors on the basis of a salutogenetic approach. The original version was constructed on the basis of a sample of more than 7,000 psychosomatic patients in Germany. It has a two-dimensional structure with the two subscales, “pacing” and “positive experience,” with 6 items each, that was supported by confirmatory factor analysis. “Pacing” measures mindfulness regarding oneself, whereas “Positive experience” measures the acceptance and enjoyment of positive experiences and behavior. Items are scored on a 5-point scale. Cronbach alphas were higher than .90. The HamSCQ was shown to be sensitive to change. Validity has to be examined further (Harfst, Ghods, Mosko, & Schulz, 2009).

The HamSCQ was independently translated into Russian and back-translated by one of the authors (VB) and another native Russian speaker, both of whom reached consensus after comparing their translations.

Communication Preferences of Patients With Chronic Illness. Good patient–provider communication is especially important in patients with chronic illness as it can have important effects on adherence. The questionnaire on communication preferences of patients with chronic illness (KOPRA) was recently developed in Germany and consists of four scales: “patient participation and patient orientation” (11 items), “effective and open communication” (10 items), “emotionally supportive communication” (6 items), and “communication about personal circumstances” (5 items). These were constructed with reference to theories of patient–provider communication and by the involvement of patient focus groups. Items are scored on a 5-point scale. The original version was constructed in the German language. Single-factor confirmatory factor analyses suggested that each scale is unidimensional. Reliability was good with Cronbach’s alpha varying from .80 to .92. Differential item analyses signaled that the questionnaire is suitable for different gender, age, education, and disease groups. Further research has to be carried out regarding validity (Farin, Gramm, & Kosiol, 2011).

The KOPRA was independently translated into Russian and back-translated by one of the authors (VB) and another native Russian speaker, both of whom reached consensus after comparing their translations.

Sample and Settings. There were two samples of German populations, one of native-born Germans and one of Russian immigrants to Germany. Both samples were taken in the same German district. About half of the sample went to physicians in larger cities while the other half consulted physicians in rural areas. A third population sample consisted of native-born Russians living in the FSU. Again, about half of the sample went to physicians in larger cities while the other half consulted physicians in rural areas.

Inclusion criteria were different kinds of chronic diseases, age older than 18 years, being a native-born German, being a Russian-speaking immigrant to Germany from the FSU, or being a native-born Russian living in the FSU. Certain categories of participants were excluded, such as persons below the age of 18 years, home countries other than the FSU, host country other than Germany, or incomplete questionnaires. Finally, we obtained 120 questionnaires from native-born Germans (24 online, 96 paper versions), 138 questionnaires from Russian immigrants to Germany (24 online, 114 paper versions), and 90 questionnaires (39 online, 51 paper versions) from native-born Russians living in the FSU.

Data Collection. In Germany, paper versions with addressed, stamped envelopes were distributed to 21 primary care physicians who were highly frequented by Russian-speaking immigrants. The physicians were asked to give it to their German- and Russian-speaking patients in the respective languages. The return rate was 29%. A further differentiation was not possible because we could not check whether the physicians truly distributed all questionnaires to their patients. In Russia, two linguistic students distributed the Russian paper versions in facilities and institutions in a rural area of southern Russia and in Moscow. The online survey was placed on the platform www.online-eval.de run by Marburger AG Methoden & Evaluation (MAGMA). At Russian online health forums and the online community www.odnoklassniki.ru, we called attention to our survey through forum and community members.

Analyses

Confirmatory Factor Analysis. In confirmatory factor analysis, one has a priori hypotheses about the structure of a questionnaire regarding the number of underlying factors and the allocation of items to their postulated factors. In contrast to exploratory factor analysis, it is examined whether the data fits with such a predefined model. Model fit indices denote this concordance. We performed multiple group confirmatory factor analyses using AMOS 19 to test whether the postulated factor structures of the questionnaires were equivalent across groups (Doran, Aldridge, Roesch, & Myers, 2011).

We performed three separate analyses (native-born Germans vs. Russian-speaking immigrants in Germany, native-born Germans vs. native-born Russians, native-born Russians vs. Russian-speaking immigrants in Germany). We used unweighted least squares as this estimation method makes no distributional assumptions (Blunch, 2008). By multiple group analysis, we examined several levels of invariance between the groups. Configural invariance as the lowest level of invariance exists if the structure of the factor loading matrices is identical in all groups. Metric invariance is met if the size of the factor loadings is identical in all groups. Scale invariance means that the measurement intercepts are the same across groups. Invariance of measurement errors exists if the error variables of measurement models, factor covariances, and factor variances are identical across groups (Culhane, Morera, Watson, & Millsap, 2011). This highest level of invariance was not reached in any of our analyses, so we just refer to the first three levels in the Results section. We calculated several model fit indices to evaluate the results of our analyses. The root mean square residual (RMR) measures the mean absolute value of the covariance residuals (Kline, 2005). Most authors state that a value of less than .10 signals an acceptable model fit (Arbuckle, 2008; Weiber & Mülhhaus, 2009). The standardized root mean square residual eliminates scaling effects of the RMR. Values $\leq .10$ indicate a good model fit (Weiber & Mülhhaus, 2009). The global fit index (GFI) can be considered as a measure of the proportion of variance and covariance that a given model is able to explain. A GFI equal or higher .90 can be considered as reflecting a good model fit (Raykov & Marcoulides, 2006). The adjusted global fit index takes the number of parameters used in computing the GFI into account. An adjusted global fit index equal or higher .90 can be considered as showing a good model fit (Weiber & Mülhhaus, 2009). These fit indices were calculated for each of the mentioned invariance levels. Differences of fit indices between these invariance levels should not be larger than .01 (Weiber & Mülhhaus, 2009), otherwise the criteria for a higher invariance level are not reached. Missing data were replaced using the expectation-maximization algorithm (Enders, 2010).

Differential Item Functioning. DIF is present when individuals from different groups have the same underlying score on a scale but score significantly different on a specific item belonging to that scale. If DIF is present quantitatively, it has to be analyzed further on a qualitative basis. It then has to be differentiated whether the item is biased and therefore measures something else in different cultural groups or whether there might be a culture-specific difference in the construct that is measured by this specific item (Abedalaziz, 2011). DIF consists of a series of methods that intend to detect biased items between different groups of individuals (Mantel-Haenszel procedure, logistic regression, structural equation modeling). Two different forms of DIF have to be differentiated: uniform DIF and nonuniform DIF (Zumbo,

1999). In uniform DIF, the item characteristic curves of the groups run parallel. This means that two groups with the same total score differ in all categories of such an item. In nonuniform DIF, the item characteristic curves cross at a certain level of the underlying construct. Both groups again have the same total score, but one group scores higher in certain item categories while the other group scores higher in other categories of the respective item. Consequently, there is an interaction between the underlying construct and group membership on such a specific item.

We applied the hierarchical sequential modeling strategy in logistic regression as proposed by Zumbo (1999), which has also been used in other studies (Wolff, Schneider-Rahm, & Forret, 2011). This strategy is composed of three steps. In Step 1, the conditioning variable (e.g., total depression score) is entered into the model; in Step 2, the group variable (German/immigrant/ Russian) is entered; and in Step 3, the interaction between conditional variable (total scores) and group variable is entered into the model. A simultaneous test of uniform and nonuniform DIF based on chi-square differences is performed between Step 3 and Step 1 with two degrees of freedom. If this test is significant at an alpha level $< .01$ (because of multiple testing) then significant DIF exists. Additionally, changes in the effect size R^2 are evaluated to assess the meaningfulness of this result. Furthermore, tests of uniform DIF between Step 2 and Step 1 and of nonuniform DIF between Step 3 and Step 2 with one degree of freedom each can be calculated (Kamata & Vaughn, 2004). If a difference in these tests is significant at an alpha level of $< .01$ then the changes in the effect size R^2 are evaluated. Cohen (1988) categorizes R^2 values of .02, .13, and .26 as small, medium, and large. When an R^2 difference is less than .13, it is considered to be negligible and no meaningful DIF exists (Lai, Teresi, & Gershon, 2005; Zumbo, 1999). We performed three separate analyses (native-born Germans vs. Russian-speaking immigrants, native-born Germans vs. native-born Russians, native-born Russians vs. Russian-speaking immigrants) to locate item bias (uniform or nonuniform DIF) as exactly as possible.

All analyses were performed using IBM SPSS 19 with the syntax for ordinal logistic regression DIF (Zumbo, 1999).

Results

Samples

The data used for this study include information from 348 individuals—258 participants were living in Germany (120 native-born Germans, 138 Russian-speaking immigrants from the FSU), and 90 subjects were living in the FSU. Sociodemographic characteristics of the three samples, as outlined in Table 1, were screened for differences with χ^2 tests. Standardized residuals were examined when a significant difference occurred. Metric variables were compared using general linear models (GLMs).

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Study Samples ($N = 348$).

Demographic variables	German samples			Tests of group equivalence
	Russian-Speaking Immigrants ($N = 138$)	Native-Born Germans ($N = 120$)	Native-born Russians ($N = 90$)	
Gender				$\chi^2(df = 2) = 2.11, p = .35$
Males	43 (31.6%)	48 (40%)	30 (33.3%)	
Females	93 (68.4%)	72 (60%)	60 (66.7%)	
Missing	2	—	—	
Age	$\bar{x} = 51.9 \pm 16.2$, range = 21–86	$\bar{x} = 48.5 \pm 18.2$, range = 18–87	$\bar{x} = 53.7 \pm 13.3$, range = 22–85	$p = .06$ (GLM)
Family status				
Married, in a relationship	87 (63.0%)	80 (70.8%)	57 (63.3%)	$\chi^2(df = 2) = 1.05, p = .59$
Single, divorced, widowed	49 (35.5%)	35 (29.2%)	32 (35.6%)	
Highest educational degree				$\chi^2(df = 4) = 61.46, p < .001$
Low and middle school	11 (8.0%)	32 (26.6%)	1 (1.1%)	
High school; professional education	66 (47.8%)	58 (48.4%)	25 (27.8%)	
University	61 (44.2%)	30 (25%)	64 (71.1%)	
Employment				$\chi^2(df = 4) = 51.98, p < .001$
Employed; students	65 (47.1%)	78 (65.0%)	63 (70.0%)	
Pensioners, disabled	14 (10.2%)	33 (27.5%)	10 (11.1%)	
Unemployed	59 (42.7%)	9 (7.5%)	17 (18.9%)	

Note: GLM = general linear model.

All subjects were more than 18 years old. Among the three participant groups, age differences were not significant (GLM, $p = .06$), but the native-born German women were significantly younger than German men (GLM, $p = .001$). The three groups did not differ regarding gender ($p = .35$, χ^2 test) and family status ($p = .59$, χ^2 test). They differed regarding education ($p < .001$, χ^2 test). Significantly more native-born Germans and significantly fewer native-born Russians had a low and middle school degree. Significantly fewer native-born Russians had a high school degree or professional education. Significantly fewer native-born Germans and significantly more native-born Russians had a university degree. The three groups also differ in employment status ($p < .001$, χ^2 test). Significantly fewer Russian-speaking immigrants were students or employed. Significantly more native-born Germans were pensioners or disabled. Significantly more Russian-speaking immigrants and significantly fewer native-born Germans were unemployed. All mentioned significant differences in education, and employment status reflect the general societal and social differences between the three groups.

All immigrants had their own migratory experience and lived in Germany in the first generation. Only 12% of all immigrants were younger than 18 years at arrival to the new country. The average age at migration was 39.2 years ($SD = 16.2$). On average, they lived in Germany for 12.5 years ($SD = 7.5$). The countries of origin were Russia (52.9%), Kazakhstan (26.8%), Ukraine (13.0%), and other (7.3%).

Patient Health Questionnaire-9

Confirmatory Factor Analysis. Comparing the one-factor model between native-born Germans and Russian-speaking

immigrants revealed that configural invariance was met and factor structures were therefore the same in the two groups. Further testing of model equivalence showed equal factor loadings in those two groups, since metric invariance was also confirmed. Scale invariance was not reached because model fit coefficients deviated more than .01 compared with configural invariance (Table 2).

Configural invariance between native-born Germans and native-born Russians was supported, signaling that the model is not generally different for subjects and controls. Further testing of model equivalence revealed different factor loadings in those two groups, since metric invariance was rejected. Thus, factor structure is similar, but loadings are different for native-born Germans and native-born Russians.

The same holds for the comparison of the one-factor model between Russian-speaking immigrants and native-born Russians. Configural invariance was supported whereas metric invariance was rejected.

Differential Item Functioning. The only significant chi-square difference emerged comparing native-born Germans and Russian-speaking immigrants on Item 3 ("Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much"), with nonuniform DIF ($p < .001$). The resulting R^2 difference was .05, which is below the cutoff of .13. All other item comparisons of uniform and nonuniform DIF between native-born Germans and Russian-speaking immigrants, native-born Germans and native-born Russians, and between Russian-speaking immigrants and native-born Russians resulted in chi-square differences of $p > .01$ and R^2 differences $< .03$.

Table 2. Results of Multiple Group Confirmatory Factor Analyses Between the Three Groups in the PHQ-9.

	RMR	SRMR	GFI	AGFI
Germans vs. immigrants				
Configural invariance	.04	.07	.98	.97
Metric invariance	.05	.09	.97	.96
Scale invariance	.07	.09	.95	.94
Germans vs. Russians				
Configural invariance	.04	.07	.98	.96
Metric invariance	.08	.14	.90	.85
Immigrants vs. Russians				
Configural invariance	.05	.08	.97	.95
Metric invariance	.08	.12	.90	.86

Note: PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; RMR = root mean square residual; SRMR = standardized root mean square residual; GFI = global fit index, AGFI = adjusted global fit index.

Table 3. Results of Multiple Group Confirmatory Factor Analyses Between the Three Groups in the PHQ-15.

	RMR	SRMR	GFI	AGFI
Germans vs. immigrants				
Configural invariance	.03	.10	.96	.94
Metric invariance	.04	.10	.94	.93
Scale invariance	.04	.11	.94	.93
Germans vs. Russians				
Configural invariance	.03	.10	.95	.93
Metric invariance	.04	.11	.93	.91
Immigrants vs. Russians				
Configural invariance	.03	.07	.96	.94
Metric invariance	.04	.09	.93	.91

Note: PHQ-15 = Patient Health Questionnaire-15; RMR = root mean square residual; SRMR = standardized root mean square residual; GFI = global fit index, AGFI = adjusted global fit index.

Patient Health Questionnaire-15

We excluded Item 4 from the following analyses (menstrual cramps or other problems with periods) because this item cannot be answered by men and therefore caused too many missing values.

Confirmatory Factor Analysis. Comparing the one-factor model between native-born Germans and Russian-speaking immigrants revealed that configural invariance was met. Further testing of model equivalence showed equal factor loadings in those two groups, since metric invariance was also confirmed. Scale invariance was also reached because almost all model fit coefficients deviated less than .01 compared with configural invariance and still indicated a good model fit (Table 3). Thus, factor structure, factor loadings, and measurement intercepts between native-born Germans and Russian-speaking immigrants were equivalent.

Table 4. Results of Multiple Group Confirmatory Factor Analyses Between the Three Groups in the HamSCQ.

	RMR	SRMR	GFI	AGFI
Germans vs. immigrants				
Configural invariance	.05	.06	.99	.98
Metric invariance	.08	.08	.97	.96
Germans vs. Russians				
Configural invariance	.07	.08	.98	.97
Metric invariance	.08	.09	.98	.97
Scale invariance	.09	.10	.97	.96
Immigrants vs. Russians				
Configural invariance	.07	.08	.98	.97
Metric invariance	.08	.09	.97	.96
Scale invariance	.09	.09	.97	.96

Note: HamSCQ = Hamburg Self-Care Questionnaire; RMR = root mean square residual; SRMR = standardized root mean square residual; GFI = global fit index, AGFI = adjusted global fit index.

The comparison between native-born Germans and native-born Russians resulted in configural invariance, but metric invariance was barely missed. We also detected configural invariance in the comparison of Russian-speaking immigrants and native-born Russians but metric invariance was also barely missed. Factor structures were the same in these groups whereas factor loadings were different.

Differential Item Functioning. A significant chi square difference was identified comparing native-born Germans and native-born Russians on Item 2 ("Back pain") regarding uniform DIF ($p = .01$). The resulting R^2 difference was .03 and therefore below the cutoff of .13. As Items 3 and 4 of the PHQ-9 are part of the PHQ-15, the same significant but negligible differences between native-born Germans and Russian-speaking immigrants occurred that were previously described. All other item comparisons of uniform and non-uniform DIF between native-born Germans and Russian-speaking immigrants, native-born Germans and native-born Russians, and between Russian-speaking immigrants and native-born Russians resulted in chi-square differences of $p > .01$ and R^2 differences $< .06$.

Hamburg Self-Care Questionnaire

Confirmatory Factor Analysis. Comparing the two-factor model between native-born Germans and Russian-speaking immigrants, there was evidence of configural invariance but metric invariance was not observed (Table 4).

We encountered configural invariance, metric invariance, but scale invariance was not present when comparing native-born Germans and native-born Russians. Thus, factor structure and factor loadings between native-born Germans and native-born Russians were equivalent.

The comparison of the two-factor model between Russian-speaking immigrants and native-born Russians resulted in

Table 5. Results of the HamSCQ DIF Analyses.^a

Item	Group comparison	Uniform DIF		Nonuniform DIF	
		<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Pacing					
1	Germans vs. Immigrants			<.0001	.07
	Germans vs. Russians			.001	.02
2	Germans vs. Russians	.002	.02		
3	Germans vs. Russians	<.0001	.03		
	Immigrants vs. Russians	.0006	.03		
Positive experience					
5	Germans vs. Russians	.0004	.03		
	Immigrants vs. Russians	.002	.02		
6	Germans vs. Immigrants	.002	.02		
	Germans vs. Russians	.002	.03		
7	Germans vs. Immigrants	.01	.01	.01	.01
	Germans vs. Russians			.003	.02
8	Germans vs. Russians	.001	.02	.002	.01
9	Germans vs. Russians	.005	.01	.0002	.01
10	Germans vs. Russians	<.0001	.03	<.0001	.02
	Immigrants vs. Russians	.003	.01	.008	.01

Note: HamSCQ = Hamburg Self-Care Questionnaire; DIF = differential item functioning.

a. Depicted are *p* values of chi-square difference tests $\leq .01$ and respective *R*² differences between logistic regression models.

evidence for configural invariance, for metric invariance, and also for scale invariance. Factor structure, factor loadings, and measurement intercepts between native-born Germans and native-born Russians were equivalent.

Differential Item Functioning. Table 5 depicts items with chi-square difference tests with $p \leq .01$ and respective *R*² differences between logistic regression models. One larger *R*² difference regarding nonuniform DIF occurred on Item 1 (rest and relaxation) in the comparison between native-born Germans and Russian-speaking immigrants (*R*² = .07). All other significant chi-square difference tests have *R*² differences of $\leq .03$.

Communication Preferences of Patients With Chronic Illness

Confirmatory Factor Analysis. Comparing the four-factor model between native-born Germans and Russian-speaking immigrants resulted in configural invariance, but the requirements for metric invariance were not met (Table 6).

A similar finding occurred in the comparison of native-born Germans and native-born Russians. We also observed configural invariance but no metric invariance. Configural invariance occurred also in the comparison of Russian-speaking immigrants and native-born Russians, although the respective RMR value was larger than the recommended

Table 6. Results of Multiple Group Confirmatory Factor Analyses Between the Three Groups in the KOPRA.

	RMR	SRMR	GFI	AGFI
Germans vs. immigrants				
Configural invariance	.09	.09	.97	.96
Metric invariance	.11	.13	.95	.95
Germans vs. Russians				
Configural invariance	.11	.09	.94	.93
Metric invariance	.13	.11	.92	.91
Immigrants vs. Russians				
Configural invariance	.12	.08	.96	.95
Metric invariance	.14	.09	.94	.94

Note: KOPRA = Communication Preferences of Patients With Chronic Illness; RMR = root mean square residual; SRMR = standardized root mean square residual; GFI = global fit index; AGFI = adjusted global fit index.

cutoff. Metric invariance was missed because especially the RMR value further increased.

Differential Item Functioning. Table 7 depicts items with chi-square difference tests with $p \leq .01$ and respective *R*² differences between logistic regression models. DIF analyses revealed a substantial amount of chi-square difference tests with $p \leq .01$. The largest respective *R*² differences were seen exclusively when comparing native-born Germans and native-born Russians: *R*² difference of .11 on Item 22 ("Always be optimistic and upbeat during talks with you"), *R*² difference of .07 on Item 10 ("Sometimes address personal issues related to your illness"), *R*² difference of .05 on Item 6 ("Ask you what helped you in your treatment and what did not"), and *R*² difference of .05 on Item 24 ("Always be very even-tempered during talks"). All other significant chi square difference tests had *R*² differences $\leq .04$.

Discussion and Conclusions

We examined measurement equivalence of four clinical questionnaires in native-born Germans, Russian-speaking immigrants from the FSU living in Germany, and native-born Russians living in the FSU by confirmatory factor analyses and DIF. All four questionnaires fulfilled relevant criteria of measurement equivalence so that our results contributed to the cultural and language-based validity of the measures. The Russian translations of all four can therefore be used in Russian-speaking immigrants from the FSU living in Germany and native-born Russians living in the FSU, which offers further possibilities for cross cultural research.

In the PHQ-9, we found configural invariance and metric invariance in the comparison of native-born Germans and Russian-speaking immigrants and configural invariance in the comparisons of native-born Germans and native-born Russians, and between Russian-speaking immigrants and native-born Russians. No meaningful DIF occurred in these

Table 7. Results of the KOPRA DIF Analyses.^a

Item	Group	Uniform DIF		Nonuniform DIF	
		<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Patient participation					
1	Germans vs. Immigrants	<.0001	.04		
	Germans vs. Russians	.0002	.04		
5	Germans vs. Russians	.007	.02		
6	Germans vs. Russians	<.0001	.05		
7	Germans vs. Immigrants	.0003	.04		
	Germans vs. Russians	.004	.04		
8	Immigrants vs. Russians			.007	.02
9	Germans vs. Immigrants	.003	.02		
	Germans vs. Russians	.0003	.04		
10	Germans vs. Immigrants	.0001	.03		
	Germans vs. Russians	<.0001	.07		
Effective communication					
15	Germans vs. Immigrants	.007	.01		
	Germans vs. Russians	.009	.02		
17	Immigrants vs. Russians	.0009	.03		
20	Germans vs. Immigrants	.0008	.02		
	Germans vs. Russians	<.0001	.04		
Emotionally supportive communication					
22	Germans vs. Immigrants	.002	.02		
	Germans vs. Russians	<.0001	.11		
	Immigrants vs. Russians	.0005	.02		
23	Germans vs. Immigrants	.006	.01		
	Germans vs. Russians	.001	.03		
24	Germans vs. Russians	.0002	.05		
25	Immigrants vs. Russians	.008	.01		
Communication about personal circumstances					
30	Germans vs. Russians	.0001	.03		
32	Germans vs. Immigrants			.007	.03

Note: KOPRA = Communication Preferences of Patients With Chronic Illness; DFI = differential item functioning.

a. Depicted are *p* values of chi-square difference tests $\leq .01$ and respective *R*² differences between logistic regression models.

pairwise comparisons. Therefore, the Russian translations of the PHQ-9 can be used in Russian-speaking immigrants in Germany and native-born Russians living in the FSU. It has to be determined whether it can be applied in Russian-speaking immigrants in other countries like the United States or Israel because the structure of the spoken Russian language might be influenced by the language of the host country.

The same conclusions apply to the other questionnaires in our study. In the PHQ-15, we detected high invariance levels in the comparison of native-born Germans and Russian-speaking immigrants. Therefore, the PHQ-15 is suitable especially for the comparison of these groups. The constructs of self-care (HamSCQ) and communication preferences (KOPRA) were also culturally invariant in Germans and Russians, which speaks for their use in practice and research.

Limitations

A limitation of our study is that we included patients with chronic diseases in the primary care sector. It has therefore to be determined whether the results can be confirmed in other clinical groups.

Another limitation in our analyses was the sample sizes in each of the three groups. For confirmatory factor analysis and DIF, larger sample sizes are proposed, although these recommendations often are just based on rules of thumb (Scott et al., 2010) and other studies with comparable sample sizes also produced theoretically plausible and obviously stable results (Richardson et al., 2011). Regarding confirmatory factor analysis, we followed the approach of other research groups (Culhane et al., 2011; Culhane, Morera, Watson, & Millsap, 2009), which was shown to be adequate in the area of measurement invariance. Millsap (2006) pointed out that matching of individuals on latent constructs, which is a prerequisite for methods of DIF, is not possible because no perfect measurement of such latent constructs exists. It can therefore be argued that measurement equivalence regarding latent constructs can never really be established. Consequently, all methods in this area have to be considered as approximate.

The adjustment because of multiple testing might have been insufficient. This is also a matter of debate with no clear recommendations (Scott et al., 2010). We consider our results to be a stimulation for further research so that a rigorous correction for multiple testing was not necessary in our opinion.

The decision to apply an *R*² difference of .13 and higher to indicate meaningful DIF might have been too conservative. This is also an area in which no common agreement has been reached so far (Millsap, 2006; Scott et al., 2010). DIF can have many reasons and is not a straightforward construct. Therefore, we believe this more conservative approach to be justified to minimize false positive items that are thought to be biased.

To our knowledge, this is the first study that examined the measurement equivalence of the psychological questionnaires PHQ-9, PHQ-15, HamSCQ, and KOPRA in native-born Germans, Russian-speaking immigrants, and native-born Russians using translations into Russian. Another German study compared the factorial structure of the PHQ-9 and PHQ-15 between native-born Germans and immigrants. The migrant sample of this study was heterogeneous, consisting of immigrants from several different countries who had good knowledge of German; therefore, the instruments were administered in German. We think that it is important to offer translated clinical questionnaires to immigrants with less knowledge of the host language to avoid significant misunderstandings that might lead to inadequate diagnoses and sub-optimal treatments (Dohan & Levintova, 2007; Griner & Smith, 2006; Mehler et al., 2004).

The most pronounced differences were found in the DIF analyses of the KOPRA questionnaire between native-born Germans and native-born Russians although they were not

relevant when referring to R^2 differences as effect sizes. Nevertheless, this might be explained by the differences between health care systems in Germany and Russia. In contrast to Germany, medical treatment in Russia is organized in health care centers (Nagl-Cupal & Rappold, 2007). This means that patients there are treated by different physicians and are less likely to develop a constant relationship. These external circumstances can therefore have an impact on their expectations.

Implications for Research and Practice

In the German health system, physicians are not paid for consulting an interpreter. The results of standardized translated questionnaires shown to possess measurement equivalence can be evaluated without knowledge of the respective language as the order of the items remained unchanged. The four questionnaires evaluated in our study can be used in Russian-speaking immigrants from the FSU living in Germany and native-born Russians living in the FSU to adequately screen for common psychological disorders such as depression and somatoform disorders, to assess patient resources, and to identify important patient preferences for communication within the consultation.

The adaptation of immigrants to the health care systems in their host countries and vice versa needs reliable data collected in the respective languages (American Psychological Association, 2002; Schenk & Neuhauser, 2005). Questionnaires in native languages of immigrants can give valuable information that can be used for training of physicians to improve treatment. In different immigrant groups other treatment-relevant illness beliefs might exist. Consequently, measurement equivalence of questionnaires used in health care settings should be further examined in the respective immigrant group to ensure individualized treatment (Griner & Smith, 2006; Lassetter & Callister, 2009). Further results of our study to be published elsewhere show that our groups differed in important aspects regarding health care. Until now, this was disregarded in the German health care system so that our research might lead to an improvement of health care provision for Russian-speaking immigrants living in Germany.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: The study was funded by the German Ministry of Education and Research, Grant No. FKZ 01GK0701.

References

Abedalaziz, N. (2011). Detecting DIF using item characteristic curve approaches. *International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 8(2), 1-15.

- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *The American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Aparicio, M. L., Doring, A., Mielck, A., & Holle, R. (2005). Differences between Eastern European immigrants of German origin and the rest of the German population in health status, health care use and health behaviour: A comparative study using data from the KORA-Survey 2000. *Soz Präventivmed*, 50, 107-118.
- Arbuckle, J. L. (2008). *Amos 17.0 user's guide*. Chicago, IL: SPSS.
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of Family Medicine*, 8, 348-353.
- Baas, K. D., Cramer, A. O., Koeter, M. W., van de Lisdonk, E. H., van Weert, H. C., & Schene, A. H. (2011). Measurement invariance with respect to ethnicity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 129, 229-235.
- Bingenheimer, J. B., Raudenbush, S. W., Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2005). Measurement equivalence and differential item functioning in family psychology. *Journal of Family Psychology*, 19, 441-455.
- Blunch, N. (2008). *Introduction to structural equation modeling using SPSS and AMOS*. London, England: Sage.
- Breslau, J., Javaras, K. N., Blacker, D., Murphy, J. M., & Normand, S. L. (2008). Differential item functioning between ethnic groups in the epidemiological assessment of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 297-306.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, MI: Erlbaum.
- Crane, P. K., Gibbons, L. E., Willig, J. H., Mugavero, M. J., Lawrence, S. T., Schumacher, J. E., & Crane, H. M. (2010). Measuring depression levels in HIV-infected patients as part of routine clinical care using the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *AIDS Care*, 22, 874-885.
- Culhane, S. E., Morera, O. F., Watson, P. J., & Millsap, R. E. (2009). Assessing measurement and predictive invariance of the Toronto Alexithymia Scale-20 in U.S. Anglo and U.S. Hispanic student samples. *Journal of Personality Assessment*, 91, 387-395.
- Culhane, S. E., Morera, O. F., Watson, P. J., & Millsap, R. E. (2011). The Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire: A measurement invariance examination among U.S. Anglos and U.S. Hispanics. *Assessment*, 18, 88-94.
- Dohan, D., & Levintova, M. (2007). Barriers beyond words: Cancer, culture, and translation in a community of Russian speakers. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl. 2), 300-305.
- Doran, N., Aldridge, A., Roesch, S., & Myers, M. (2011). Factor structure and invariance of the Behavioral Undercontrol Questionnaire. Testing for differences across gender and ethnicity. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 145-152.
- Enders, C. K. (2010). *Applied missing data analysis*. New York, NY: Guilford.
- Farin, E., Gramm, L., & Kosiol, D. (2011). Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 82, 81-88.
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1596-1602.

- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie [Screening of mental disorders with the Patient Health Questionnaire (PHQ-D). Results of the German validation study]. *Diagnostica*, 50(4), 171-181.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548.
- Hambrick, J. P., Rodebaugh, T. L., Balsis, S., Woods, C. M., Mendez, J. L., & Heimberg, R. G. (2010). Cross-ethnic measurement equivalence of measures of depression, social anxiety, and worry. *Assessment*, 17, 155-171.
- Han, C., Pae, C. U., Patkar, A. A., Masand, P. S., Kim, K. W., Joe, S. H., & Jung, I. K. (2009). Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) for measuring the somatic symptoms of psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, 50, 580-585.
- Harfst, T., Ghods, C., Mosko, M., & Schulz, H. (2009). Measuring positive behaviour and experience in inpatients with mental disorders—The Hamburg Self-Care Questionnaire (HamSCQ). *Rehabilitation*, 48, 277-282.
- Huang, F. Y., Chung, H., Kroenke, K., Delucchi, K. L., & Spitzer, R. L. (2006). Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 547-552.
- Interian, A., Allen, L. A., Gara, M. A., Escobar, J. I., & Diaz-Martinez, A. M. (2006). Somatic complaints in primary care: Further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatics*, 47, 392-398.
- Kamata, A., & Vaughn, B. K. (2004). An introduction to differential item functioning analysis. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 2(2), 49-69.
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, R. G., Wittig, U., Schüller, A., Brähler, E., & Merbach, M. (2005). Health and emigration: Subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants. *Stress and Health*, 21, 295-309.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford.
- Korber, S., Frieser, D., Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 142-147.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345-359.
- Lai, J. S., Teresi, J., & Gershon, R. (2005). Procedures for the analysis of differential item functioning (DIF) for small sample sizes. *Evaluation & the Health Professions*, 28, 283-294.
- Lassetter, J. H., & Callister, L. C. (2009). The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies. *Journal of Transcultural Nursing*, 20, 93-104.
- Lowe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81, 61-66.
- Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2006). Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 28, 71-77.
- Mehler, P. S., Lundgren, R. A., Pines, I., & Doll, K. (2004). A community study of language concordance in Russian patients with diabetes. *Ethnicity and Disease*, 14, 584-588.
- Mewes, R., Christ, O., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., & Glaesmer, H. (2010). Sind Vergleiche im Depressions- und Somatisierungsausmaß zwischen Migranten und Deutschen möglich? Eine Überprüfung der Messinvarianz für den PHQ-9 und PHQ-15 [Is it possible to compare magnitude of depression and somatisation between migrants and Germans? Examination of measurement invariance of PHQ-9 and PHQ-15]. *Diagnostica*, 56, 230-239.
- Millsap, R. E. (2006). Comments on methods for the investigation of measurement bias in the Mini-Mental State Examination. *Medical Care*, 44, S171-S175.
- Millsap, R. E. (2007). Invariance in measurement and prediction revisited. *Psychometrika*, 72, 461-473.
- Mirsky, J. (2009). Mental health implications of migration: A review of mental health community studies on Russian-speaking immigrants in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 179-187.
- Mosko, M. O., Pradel, S., & Schulz, H. (2011). The care of people with a migration background in psychosomatic rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 465-474.
- Nagl-Cupal, M., & Rappold, E. (2007). Gesundheitssysteme im Vergleich: Russische Föderation [Comparing health care systems: Russian Federation]. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 11, 24-25.
- Petersen, M. A., Groenvold, M., Bjorner, J. B., Aaronson, N., Conroy, T., & Cull, A., . . . European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group. (2003). Use of differential item functioning analysis to assess the equivalence of translations of a questionnaire. *Quality of Life Research*, 12, 373-385.
- Raju, N. S., Laffitte, L. J., & Byrne, B. M. (2002). Measurement equivalence: A comparison of methods based on confirmatory factor analysis and item response theory. *Journal of Applied Psychology*, 87, 517-529.
- Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2006). *A first course in structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Richardson, M., Katsakou, C., Torres-Gonzalez, F., Onchev, G., Kallert, T., & Priebe, S. (2011). Factorial validity and measurement equivalence of the Client Assessment of Treatment Scale for psychiatric inpatient care—A study in three European countries. *Psychiatry Research*, 188, 156-160.
- Salzberger, T., Sinkovics, R. R., & Schlegelmilch, B. B. (1999). Data equivalence in cross-cultural research: A comparison of classical test theory and latent trait theory based approaches. *Australasian Marketing Journal*, 7(2), 23-38.
- Schenk, L., & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards fuer eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie [Methodological standards for migrant-sensitive epidemiological research]. *Bundesgesundheitsblatt*, 48, 279-286.
- Scott, N. W., Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bottomley, A., de Graeff, A., & Groenvold, M., . . . Quality of Life Cross-Cultural Meta-Analysis Group. (2009). The practical impact of

- differential item functioning analyses in a health-related quality of life instrument. *Quality of Life Research*, 18, 1125-1130.
- Scott, N. W., Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bottomley, A., de Graeff, A., & Groenvold, M., . . . Quality of Life Cross-Cultural Meta-Analysis Group. (2010). Differential item functioning (DIF) analyses of health-related quality of life instruments using logistic regression. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1125-1130.
- Spiess, R., & Kilcher, A. (2003). Doctor-patient interaction in the context of migration. *Praxis (Bern 1994)*, 92, 697-705.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282, 1737-1744.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52, 263-271.
- Stommel, M., Wang, S., Given, C. W., & Given, B. (1992). Confirmatory factor analysis (CFA) as a method to assess measurement equivalence. *Research in Nursing & Health*, 15, 399-405.
- van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., van de Lisdonk, E., van den Hoogen, H., van Weert, H., & Speckens, A. (2009). Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Annals of Family Medicine*, 7, 232-238.
- Weiber, R., & Mülhau, D. (2009). *Strukturgleichungsmodellierung [Structural equation modeling]*. Berlin, Germany: Springer.
- Wolff, H. G., Schneider-Rahm, C. I., & Forret, M. L. (2011). Adaptation of a German multidimensional networking scale into English. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 244-250.
- Zumbo, B. D. (1999). *A handbook on the theory and methods of differential item functioning (DIF): Logistic regression modeling as a unitary framework for binary and Likert-type (ordinal) item scores*. Ottawa, Ontario, Canada: Directorate of Human Resources Research and Evaluation, Department of National Defense.

2.4.2 GESUNDHEITSMERKMALE UNTER DEUTSCHEN, RUSSEN UND MIGRANTEN

Viktoria Bachmann, Katharina Teigeler, Oliver Hirsch, Stefan Bösner, Norbert Donner-Banzhoff (2015). *Comparing health-issues of Russian-speaking immigrants, Germans and Russians. International Journal of Migration, Health and Social Care, Vol. 11 Issue: 1, .45-56, <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-02-2014-0005>.*

HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG

Über die mentale und physische Gesundheit von in Deutschland lebenden russischsprachigen Migranten ist wenig bekannt. Die Ergebnisse weniger Studien sind uneinheitlich. Es bestehen mehrere Schwierigkeiten in Bezug auf migrationsspezifische Forschung wie z.B. schwierige Studienrekrutierung aufgrund von Identifikationsproblemen in Registern oder mangelnder Teilnahmebereitschaft, ungewollte Selektion aufgrund von Sprachkenntnissen, schwierige Ursachenerklärung (Migration als Ursache oder Sozialisation) etc. Die vorliegende quantitative Teilstudie hatte zum Ziel zu prüfen, ob Migranten sich in ihrer mentalen und physischen Gesundheit, Kommunikationspräferenzen, Selbstfürsorgeverhalten und Krankheitskonzepten von deutschen und russischen Nichtmigranten unterscheiden. Die Besonderheit der Studie liegt an dem Vergleich der Migrantengruppe mit zwei Nicht-Migrantengruppen, was erlaubt, die Ergebnisse besser einzuordnen.

METHODE

Datenerhebung fand mittels einer Brief- und Onlineumfrage in deutscher und Russischer Sprache statt. Befragt wurden russisch-sprachige Migranten in Deutschland, einheimische Deutsche und in Russland lebende Einheimische. Mit dem 11-seitigen Fragebogen wurden erhoben: demographische Daten, Migrationsanamnese, allgemeines Befinden (Zufriedenheit mit der Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Einfluss auf die eigene Gesundheit), psychische Symptome (PHQ-9, PHQ-15), somatische Symptome (chronische Erkrankungen, reguläre Medikation, subjektives Gesundheitserleben), Selbstfürsorge (HamSCQ), gesundheitsrelevantes Verhalten (Alkohol- und Tabakkonsum). Zusätzlich wurden Kommunikationspräferenzen und Krankheitskonzepte erfragt. Diese Ergebnisse sind Gegenstand einer anderen Publikation (eingereicht am 26.08.2019 bei Social Science and Medicine).

ERGEBNISSE

In die Auswertung gingen 348 Fragebögen ein, die den Einschlusskriterien (Vollständigkeit, Alter, Herkunfts- und Wohnland) entsprochen haben. Es nahmen 138 russischsprachige Migranten, 120 einheimische Deutsche und 90 Russen in Russland teil.

Mentale Gesundheit: es wurden keine Unterschiede in den Depressions- und Somatisierungswerten gefunden. *Physisches Befinden:* es wurden keine Unterschiede in der Anzahl und Art der somatischen Erkrankungen und Medikation gefunden. *Subjektives Befinden und Selbstfürsorge:* In der multi- und univariaten Analyse wurden hohe Gruppeneffekte gefunden. Deutsche schätzen ihre Gesundheit besser als Migranten und Russen ein und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Migranten. Deutsche sind mit ihrem Leben zufriedener als Russen. Migranten berichten mehr subjektive Beschwerden als Nichtmigranten. Deutsche glauben mehr aktiv Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen zu können als Migranten und Russen. HamSCQ: Deutsche haben eine höhere positive Gesundheitseinstellungen als Migranten. Russen machen mehr positive Erfahrungen als Migranten.

DISKUSSION

Die wichtigsten Ergebnisse zeigen sich im Bereich des subjektiven Erlebens – Migranten fühlen sich schlechter im Vergleich zu Nichtmigranten. Zum anderen ähneln die Migranten in ihren Einstellungen (z.B. eigener Einfluss auf die Gesundheit) den Bewohnern ihres Heimatlandes, obwohl sie schon im Schnitt vor 12 Jahren ausgewandert sind. Das spricht für den langen Einfluss der Sozialisation im Herkunftsland. Dieser darf nicht unterschätzt werden, da von den Migranten oft in jeglichen Lebensbereichen eine schnelle Anpassung an das Aufnahmeland erwartet wird, was einen hohen Druck, Konflikte und Missverständnisse zur Folge haben kann. Auch scheinen Migranten weniger positives Erleben und Selbstfürsorge zu betreiben als Nichtmigranten, was an den zusätzlichen Belastungsfaktoren liegen kann. Als das wichtigste Ergebnis der Studie kann das schlechte subjektive Befinden der Migranten benannt werden. Es stellt sich die Frage, wie die Migranten besser in das Gesundheits- und Versorgungssystem integriert werden können.

Comparing health-issues of Russian-speaking immigrants, Germans and Russians

Viktoria Bachmann, Katharina Teigeler, Oliver Hirsch, Stefan Bösner and Norbert Donner-Banzhoff

Viktoria Bachmann is a Psychological Psychotherapist and Scientific Fellow, Katharina Teigeler is a Physician. Dr Oliver Hirsch is a Psychologist, Dr Stefan Bösner is a wPhysician/Lecturer/Researcher and Norbert Donner-Banzhoff is a Professor all are based at Department of General Practice/Family Medicine, Philipps University Marburg, Marburg, Germany.

Abstract

Purpose – About three million Russian-speaking immigrants from the former Soviet Union live in Germany. However, little is known about their health status. The purpose of this paper is to investigate mental and physical complaints among this immigrant group through German primary care compared with native-born Germans and Russians.

Design/methodology/approach – In the context of the quantitative part of our mixed-methods study Russian-speaking immigrants, native-born Germans and Russians completed self-rating questionnaires in their native languages comprising indicators of mental and somatic health. Included were two modules of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15), and the Hamburg Self-Care Questionnaire.

Findings – No differences were found between the three groups regarding depressive and somatic symptoms. Germans had higher ratings of general health status compared to immigrants and native-born Russians and were more satisfied with their physical health than immigrants. Germans were more convinced that they can actively contribute to their health than immigrants and Russians. Germans and Russians have higher scores of self-care than immigrants. Immigrants have more subjective physical health-related complaints than non-immigrants. There are different health beliefs in the three groups which could differentially affect global well-being.

Originality/value – As minorities are double socialized in the origin and host country, a minimum of three groups have to be compared to receive a reliable statement about migration- and culture-specific differences in health related aspects. These requirements of comparative cultural psychology are satisfied by our work.

Keywords Primary health care, Depression, Health status, Immigrants from Former Soviet Union (FSU), Somatization disorder

Paper type Research paper

Background

Migration is a worldwide phenomenon. In Germany alone, about 16 million (19.6 per cent) people have immigrated or are second generation immigrants (Destatis, 2010b). At 2.9 million, Russian-speaking immigrants from the former Soviet Union (FSU) are the second largest immigrant group in Germany (Destatis, 2010a). Most are ethnic Germans (offspring of German settlers in Russia in the eighteenth century; in German: "Spätaussiedler"), and their relatives. Although this immigrant group is heterogeneous due to a variety of educational, religious and territorial backgrounds, and their reasons for migration, they have many similarities. In addition to their common language of Russian, which promotes a sense of identity, they share a common history of drastic changes and socialization in the Soviet Union.

The medical care of immigrants is being debated regarding possible misunderstandings. Special challenges are, for example, communication between doctors and patients, barriers to

The authors would like to thank all the patients and family physicians who participated in the study.

the utilization of health services, and differences in health beliefs (Razum *et al.*, 2008). Insufficient knowledge of migration-specific aspects and linguistic problems often results in lower satisfaction among patients and doctors regarding treatment, non-compliance, errors in diagnosis and worse, doctor-patient relationships. Our experience shows that many GPs experience working with Russian-speaking immigrants as strenuous and disappointing in comparison to autochthones. We observed the population of Russian-speaking immigrants in the context of primary care and explored whether, and in what way, this group differs from national German patients. We will examine different aspects that could influence the perception of Russian-speaking patients as "difficult", e.g. psychological and physical complaints, expectations regarding GPs and medical care, barriers in the use of services, etc.

The difficulties of immigrant-specific research are rooted in the heterogeneity of immigrants. This can include ethnic specifics and beliefs, ways and reasons for migration, socialization in the sending society, and living conditions in the host country. The problem of the inhomogeneity in research samples might have caused inconsistent findings regarding the mental health of immigrants. Indeed, more psychological and physical complaints in immigrants are reported compared with host populations (Aparicio *et al.*, 2005; Kirkcaldy *et al.*, 2005), but it is impossible to make a general statement. For Russian-speaking immigrants in Germany, some studies have not found more psychological demands compared to the autochthon population (Glaesmer *et al.*, 2009). The authors found associations between migration and psychosomatic complaints and emphasize the cultural background and socio-economic conditions of the particular migrant groups as relevant factors (Bermejo *et al.*, 2012).

Another difficulty is the language used in research studies. Most of the studies were conducted in the language of the host country; therefore, there is an initial risk that only well-integrated immigrants were included. However, little is known about the mental and physical health status of Russian-speaking immigrants in Germany. Recruitment of Russian-speaking immigrants for clinical studies in Germany is problematic because it is difficult to identify them in registries; ethnic German immigrants have German names. Moreover, experience showed that they are rather reluctant to participate in studies. A possible explanation for this could be the concern about potential disadvantages. Professional confidentiality was not the rule in the FSU, so people were socialized to keep their opinion private. Consequently, immigrants have little to no experience with surveys. Another problem is the longstanding misconception that Russian-German immigrants have differing cultural needs than native-born Germans.

In consideration of the aforementioned points, a "mixed-methods-study" including a survey and face-to-face interviews with patients and physicians has been developed and carried out. The aim of this study is to examine the psychological well-being and physical health of Russian-speaking immigrants in German primary care relative to their host population. To prevent a preliminary selection of participants who have good language skills, we applied our measurement instruments in two languages – German and Russian. The presented part of the survey incorporates specific questions of health and behavioural indicators. Other outcomes of the survey, e.g. communication preferences during the consultation, will be reported elsewhere.

With the presented study, we operate on the field of comparative cultural psychology. The challenge of migration psychiatry as a part of transcultural psychiatry is to explore specific characteristics of migrated minorities compared not only to the host population. As minorities are double socialized in the origin and host country, a minimum of three groups have to be compared to receive a reliable statement about cultural distances (Kirkcaldy *et al.*, 2005). Therefore, we compared the findings for immigrants with those of the host population and with those of their sending population. We hope that this will allow us to show migration- and culture-specific differences in health-related aspects.

Methods

Study design

The study conforms to the guiding principles of the Declaration of Helsinki and has been checked and approved by the responsible Ethical Committee of the Faculty of Medicine, Philipps University Marburg (reference number AZ: 100/09).

This work is embedded in a large mixed-methods study with qualitative and quantitative research methods (Figure 1).

Data collection

Data were collected by self-rated questionnaires in a paper and online version. In Germany, the paper versions, with a stamped, self-addressed envelope, were sent to 21 GPs highly frequented by Russian-speaking immigrants. The physicians were asked to impart it to their German and Russian-speaking chronically ill patients in their respective language. The return rate was 29 per cent. In Russia, two study assistants distributed the Russian paper versions to households in the rural area of Saratov and in Moscow. The online survey was placed on the platform www.online-eval.de run by Marburger AG Methoden & Evaluation at Philipps University Marburg, Germany. At Russian online health forums and the online community www.odnoklassniki.ru we called attention to our survey by forum and community members. Certain categories of participants were excluded such as persons under 18 years old, from home countries other than Russia or the Commonwealth of Independent States, living in host countries other than Germany, or incomplete questionnaires.

Measures

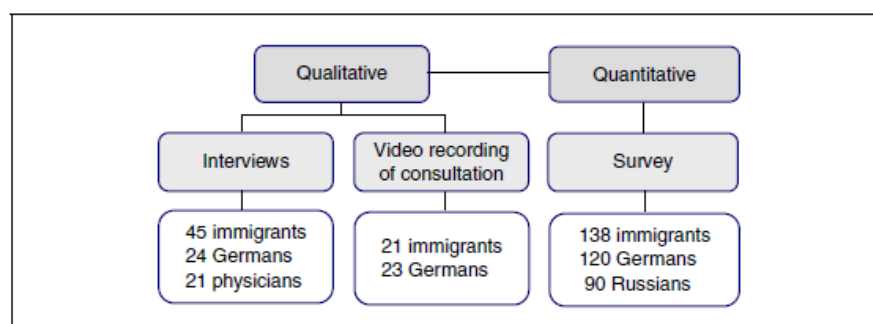
The survey was carried out anonymously and in both Russian and German languages. The 11 page questionnaire contained items about demographical data, migration biography, physical and mental health, and adverse health behaviour.

Mental complaints were measured by two modules of the Patient Health Questionnaire, the PHQ-9 and the PHQ-15 (Gräfe *et al.*, 2004). The PHQ-9 includes nine items screening for depressive disorder and asks for different symptoms within the last two weeks to measure the presence and severity of depression. The nine items can be scored from "0" ("not at all") to "3" ("almost every day"); the maximum total score is 27. The PHQ-9 has been validated in many studies and has proven to be a reliable questionnaire in detecting depressive disorders (Kroenke *et al.*, 2001). The PHQ-15 for screening of somatic symptoms consists of 13 items which are supplemented by two items from the PHQ-9 (feeling tired/having little energy and sleeping problems). The items, except for two items from the depression module, determine the intensity of somatic symptoms and are scored from "0" ("not bothered at all") to "2" ("bothered a lot"). The maximum total score is 30. The PHQ-15 has acceptable validity and reliability coefficients (Gräfe *et al.*, 2004).

Physical complaints. We asked for the presence of: chronic disorders, e.g. diabetes mellitus, heart disease; common health troubles, e.g. back pain, joint degeneration, sleep disturbances; and which medication was taken on a regular basis.

Subjective health and self-care. Subjective health status was assessed by separate five or six-point Likert scales regarding general health status (from "very well" to "very poor"), satisfaction with physical health status, and mental health status and satisfaction with life in general

Figure 1 Mixed-methods study design



(from “very satisfied” to “very unsatisfied”), with higher ratings showing more favorable appraisals. To measure health beliefs, we asked patients how much they thought they could do to maintain or recover their health or to prevent illness. The responses were recorded on a four-point Likert scale, which ranged from “very much” to “very little”. These Likert scales were adapted from a survey from a German health insurance company (Kickbusch and Marstedt, 2008). Self-care was operationalized by the Hamburg Self-Care Questionnaire (HamSCQ) (Harfst *et al.*, 2009) and was used as a measure for positive behaviour and experience. It is composed of two subscales, “Pacing” and “Positive Experience”, each consisting of six items. The scale “Pacing” focuses on positive health attitudes, whereas “Positive Experience” analyses to what extent someone is able to enjoy positive experiences. The responses were recorded on a five-point Likert scale, which ranges from “not at all true” to “highly correct”. The HamSCQ seems to be a reliable instrument with a high internal consistency (Cronbach’s $\alpha \geq 0.9$ for both scales). A positive way of dealing with oneself is strongly associated with health-promoting behaviour. Unhealthy behaviour patterns, on the other hand, can be reduced by concentrating on a positive way of behaving and experiencing behaviour.

To measure adverse health behaviour such as drinking alcohol and smoking, we asked for the frequency of substance use. The responses for drinking frequency were recorded on a six-point Likert scale, which ranges from “I never drink alcohol” to “I drink daily”. The responses for smoking frequency were recorded on a four-point Likert scale from “I have never smoked” to “I smoke regularly”.

Measurement equivalence of the questionnaires

When questionnaires are translated into different languages it is important to show their equivalence on item level and regarding factorial structure. Otherwise an item bias might result that has a negative influence on the interpretation of measured constructs. We therefore examined measurement equivalence of the used measurement instruments in native-born Germans, Russian speaking immigrants, and native-born Russians.

The PHQ-9, the PHQ-15, and the HamSCQ fulfilled requirements of measurement equivalence in confirmatory factor analyses and analyses of differential item functioning. The Russian translations can therefore be used in Russian-speaking immigrants and native-born Russians (Hirsch *et al.*, 2013).

Statistical analyses

Data analysis was performed by using IBM® SPSS 19.0. Categorical variables were analysed using the χ^2 -test. Standardized residuals were examined when a significant difference occurred to determine which cells of the contingency table contributed to the significant result. To test the differences between the three groups on metric variables, multivariate General Linear Models (GLM) with factors gender and group membership were calculated for the areas of adverse health behaviour, mental health, and subjective health and self-care. If there was an overall significance in multivariate GLM, univariate results on single variables were examined, and if still significant, Bonferroni *post hoc* tests were used to determine which group means were significantly different. The α level for statistical significance was set to 0.05. The effect size η^2 was used to determine whether significant differences might have practical implications. Values up to 0.03 are considered small, up to 0.06 moderate, and 0.09 and higher, large (Cohen, 1988).

There was a maximum of 5 per cent missing data on single variables which were replaced using the expectation-maximization algorithm.

Results

Samples

The data used for this study included information from 348 individuals; 258 participants lived in Germany (120 native-born Germans, 138 Russian-speaking immigrants from the FSU), and 90 subjects lived in Russia. Table I shows the sample characteristics in the three groups regarding gender, age, family status, education, and employment.

Table I Socio-demographic characteristics of the sample

Number	Immigrants n = 138	Native-born Germans n = 120	Native-born Russians n = 90	
Gender				
Males	43 (31.6%)	48 (40%)	30 (33.3%)	$\chi^2 = 2.11, p = 0.35$
Females	93 (68.4%)	72 (60%)	60 (66.7%)	
Missing	2	–	–	
Age	$\bar{x} = 51.9$ (SD 16.2)	$\bar{x} = 48.5$ (SD 18.2)	$\bar{x} = 53.7$ (SD 13.3)	$p = 0.06$ (GLM)
Family status				
Married, in a relationship	87 (63.0%)	80 (70.8%)	57 (63.3%)	$\chi^2 = 1.05, p = 0.59$
Single, divorced, widowed	49 (35.5%)	35 (29.2%)	32 (35.6%)	
Highest educational degree				
Low and middle school	11 (7.9%)	32 (26.6%)	1 (1.1%)	$\chi^2 = 61.46, p < 0.001$
High school; professional education	66 (47.8%)	58 (48.4%)	25 (27.8%)	
University	61 (44.2%)	30 (25%)	64 (71.1%)	
Employment				
Employed; students	65 (47.1%)	78 (65.1%)	63 (70.0%)	$\chi^2 = 51.98, p < 0.001$
Pensioners, disabled	14 (10.2%)	33 (27.7%)	10 (11.1%)	
Unemployed	59 (42.7%)	9 (7.5%)	20 (22.2%)	

All immigrants had their own migratory experience and lived in Germany in the first generation. Only 12 per cent of all immigrants were younger than 18 years at arrival to the new country. The average age at migration was 39.2 years (SD 16.2). On average, they had lived in Germany for 12.5 years (SD 7.5).

Mental complaints

First, we found a significant group effect regarding PHQ depression and somatization scores (Wilk's $\lambda = 0.97, p = 0.02, \eta^2 = 0.017$). After adjusting for gender, multivariate GLM analysis resulted in a significant, but small, gender effect (Wilk's $\lambda = 0.95, p < 0.001, \eta^2 = 0.052$), a non-significant group effect (Wilk's $\lambda = 0.97, p = 0.07, \eta^2 = 0.013$), and a non-significant gender \times group interaction (Wilk's $\lambda = 0.99, p = 0.60, \eta^2 = 0.004$). Therefore, the three groups did not differ regarding their PHQ depression and somatization scores.

Physical complaints

Multivariate GLM analysis showed no significant differences regarding group membership and gender in reported medication or chronic diseases or health troubles. Most frequently mentioned were back pain (33.7 per cent), hypertension (28.2 per cent), elevated cholesterol level (21 per cent) and degeneration of the joints (20.7 per cent). Beta blockers (30.6 per cent) and pain medications (22.4 per cent) were taken most frequently.

Subjective health and self-care

Multivariate GLM analysis resulted in a significant and large group effect (Wilk's $\lambda = 0.85, p < 0.001, \eta^2 = 0.08$), a non-significant gender effect (Wilk's $\lambda = 0.98, p = 0.46, \eta^2 = 0.02$), and a non-significant gender \times group interaction (Wilk's $\lambda = 0.96, p = 0.49, \eta^2 = 0.02$).

Univariate analyses revealed significant differences between the three groups on general health status ($p < 0.001, \eta^2 = 0.057$), satisfaction with physical health status ($p = 0.007, \eta^2 = 0.029$), satisfaction with life in general ($p = 0.01, \eta^2 = 0.027$), health beliefs ($p < 0.001, \eta^2 = 0.095$), the HamSCQ Pacing scale ($p = 0.01, \eta^2 = 0.027$), and the HamSCQ Positive Experience scale ($p = 0.03, \eta^2 = 0.022$).

Post hoc Bonferroni tests were then used to evaluate which groups differed in their ratings. Native-born Germans had higher ratings of general health status than immigrants ($p < 0.001$) and native-born Russians ($p = 0.001$). Native-born Germans were more satisfied with their physical health status than Russian-speaking immigrants ($p = 0.003$). Native-born Germans were more satisfied with life in general than native-born Russians ($p = 0.04$). Native-born Germans were more convinced that they can actively contribute to their health (health beliefs) than Russian-speaking immigrants ($p < 0.001$), and native-born Russians ($p < 0.001$). Native-born Germans have more positive health attitudes than Russian-speaking immigrants on the HamSCQ subscale "Pacing" ($p = 0.03$). Native-born Russians enjoy more positive experiences than Russian-speaking immigrants on the HamSCQ subscale "Positive Experience" ($p = 0.05$).

No significant differences were found between the three groups regarding satisfaction with mental health status ($p = 0.20$).

Adverse health behaviour

Multivariate GLM analysis resulted in significant, but small, gender (Wilk's $\lambda = 0.92$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.076$) and group effects (Wilk's $\lambda = 0.92$, $p = 0.005$, $\eta^2 = 0.022$), and a non-significant gender \times group interaction (Wilk's $\lambda = 0.98$, $p = 0.19$, $\eta^2 = 0.009$).

All groups reported a low smoking intensity with means in the area of occasional smoking. These ratings were not significantly different ($p = 0.70$).

Males drink significantly more alcohol than women ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.066$) and smoke significantly more than women ($p = 0.008$, $\eta^2 = 0.021$).

Alcohol consumption was also low. Means signal a consumption of just a few times per month. There is a significant difference with a low effect size between the groups in the univariate analysis ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.043$). Native-born Germans consume more alcohol than Russian-speaking immigrants ($p < 0.001$, Bonferroni test) and native-born Russians drink more alcohol than Russian-speaking immigrants ($p = 0.05$, Bonferroni test) (Table II).

Table II Adjusted means, overall significances, and results of Bonferroni *post hoc* tests in GLM analyses

	Germans	Immigrants	Russians	Significance
<i>Mental health</i>				Overall significance $p = 0.07$
PHQ-9	4.7 (SD 4.4)	5.9 (SD 4.6)	4.4 (SD 3.2)	
PHQ-15	6.7 (SD 5.1)	8.2 (SD 5.3)	6.4 (SD 5.3)	
<i>Physical health</i>				Overall significance $p = 0.16$
Morbidity	2.3 (SD 2.5)	2.6 (SD 2.5)	1.8 (SD 2.4)	
Medication	1.5 (SD 1.7)	1.6 (SD 1.8)	1.3 (SD 1.8)	
<i>Subjective health and self-care</i>				Overall significance $p < 0.001$
General health status	3.5 ^{ab} (SD 1.0)	2.9 ^a (SD 1.1)	3.0 ^b (SD 1.1)	Germans vs immigrants: $p < 0.001$ Germans vs Russians: $p = 0.001$
Satisfaction with physical health	2.6 ^a (SD 1.1)	2.2 ^a (SD 1.1)	2.4 (SD 1.1)	Germans vs immigrants: $p = 0.003$
Satisfaction with mental health	2.8 (SD 1.1)	2.6 (SD 1.1)	2.7 (SD 1.1)	
Satisfaction with life	2.9 ^a (SD 0.9)	2.6 (SD 1.0)	2.5 ^a (SD 1.0)	Germans vs Russians: $p = 0.04$
Active contribution to health	3.1 ^{ab} (SD 1.0)	2.3 ^a (SD 1.1)	2.5 ^b (SD 1.1)	Germans vs immigrants: $p < 0.001$ Germans vs Russians: $p < 0.001$
HamSCQ Pacing scale	15.9 ^a (SD 4.9)	14.2 ^a (SD 5.1)	15.9 (SD 5.1)	Germans vs immigrants: $p = 0.03$
HamSCQ positive experience scale	18.3 (SD 4.4)	17.1 ^a (SD 4.6)	18.6 ^a (SD 4.6)	Russians vs immigrants: $p = 0.05$
<i>Adverse health behaviour</i>				Overall significance $p = 0.005$
Alcohol consumption	3.4 ^a (SD 1.4)	2.7 ^{ab} (SD 1.5)	3.0 ^b (SD 1.4)	Germans vs immigrants: $p < 0.001$ Russians vs immigrants: $p = 0.05$
Smoking	1.9 (SD 1.1)	1.9 (SD 1.2)	1.8 (SD 1.1)	

Note: Superscript alphabets denote significant differences in Bonferroni *post hoc* tests

Discussion

The work presented here poses the question of whether differences exist in the health status of native-born Germans, native-born Russians and Russian-speaking immigrants in Germany in the context of primary care. We asked our participants for objective and subjective indicators of mental and physical complaints. Furthermore, we measured adverse health behaviour and self-care.

Mental complaints

The influence of migration on health is controversial. Migration *per se* does not cause diseases, but the resulting coping processes are a challenge for each individual (Berry, 1997). Berry created the term "acculturative stress". Thus, the immigrants are exposed to multiple stressors because of changes in the cultural context. The acculturation in the host country requires a high capacity to cope with the new environment. The success of this adaptation can affect their health and lead to mental or somatic diseases (Berry, 1997).

The study shows no differences in frequency of depressive and somatic symptoms among immigrants and non-immigrants measured by PHQ-9 and PHQ-15. It can be taken for granted that immigrants suffer from psychological complaints at least as frequent as non-immigrants. These findings support the results of Glaesmer *et al.* (2009) as well as the statements of the GPs we interviewed before the survey within the context of our mixed-methods study. We asked GPs whether they think that there are differences in the prevalence of mental symptoms among their patients with and without migration background. The participating physicians did not diagnose more mental disorders in Russian-speaking immigrants, but they emphasized difficulties to convey the diagnosis and to recommend psychotherapy to this patient group.

This changes the focus from the prevalence of mental disorders in immigrants to the adequate care for mental disorders in immigrants. The more important questions seem to be the issue of barriers regarding psychiatry and psychotherapy utilization in immigrants, especially concerning language and the intercultural competence of therapists. The data from Germany shows that the proportion of immigrants in inpatient psychiatric treatment corresponds to their proportion in the German population (about 20 per cent) (Schouler-Ocak *et al.*, 2008). However, only a few German health and psychosocial care institutions are adapted to the need of immigration-specific treatment options or concepts which consider culture-specific health and disease concepts, or use qualified interpreting services (Koch, 2000).

Another problem is the diagnosis of mental disorders in immigrants in primary care and the referral of these patients to the appropriate therapy. In immigrants the diagnosis is complicated because of language barriers, divergent disease concepts, low use of psychological tests, and limited time. Often mental symptoms presented by immigrants do not allow definitive conclusions in diagnosing mental disorders. In addition, Russian-speaking immigrants have negative attitudes about psychiatry and psychotherapy because of their socialization (Ditte *et al.*, 2006). This could lead to delayed utilization of mental care institutions and chronification.

The situation of ethnic Germans from the FSU in Germany is characterized not only by migration-related difficulties, such as language problems, non-recognition of vocational qualifications, unemployment or work not commensurate with qualifications, familial brokenness, etc. Indeed, the status "Spätaussiedler" has many advantages for the ethnic immigrants (e.g. naturalization, and convalidation of the working years in the FSU for their pension); however, high integration pressure also weighs on them. In Germany they are officially regarded as Germans and so there are higher demands regarding their integration, if not assimilation. In the host population they are perceived as Russians, as foreigners. This situation could negatively affect the mental health of Russian-speaking immigrants (Kornischka *et al.*, 2008).

Epistemological views of comparative cultural psychiatry (relativism, universalism, and absolutism) have the assumption of divergent overlapping areas of presented symptoms among different cultural groups. In universalism, a mental disorder consists of culture-independent core symptoms and other accompanying culture-bound symptoms (Bhugra and Kalra, 2010). The question is whether core and culture-bonded symptoms will be weighted equally in different cultures. Experience shows, for example, Turkish patients with depression present more somatic symptoms and less mood symptoms compared to German patients

(Behrens *et al.*, 2008). This would mean that we must ask ourselves whether the items used to measure depression should be differently weighted for different cultures. It is therefore conceivable that in our study no differences in mental health were found, because all three groups were evaluated equally regarding the importance of individual symptoms.

Although we could not find any differences in mental disorders between immigrants and non-immigrants, it can be assumed that immigrants compared with non-immigrants are exposed to numerous additional stress factors because of "acculturation stress". The research about such stress factors and the incorporation of them in psychotherapy and primary care are necessary conditions for improving the medical care of immigrants and the reduction of potential errors.

There is no evidence that Russian-speaking patients are difficult because of more psychological symptoms. Those with psychological symptoms might be more difficult to treat because of their negative attitudes and low knowledge about psychiatry and psychotherapy and fewer options for further treatment. This could induce the sense of helplessness in doctors.

Physical complaints

We did not find group differences in the reported physical symptoms. In all groups, patients reported similar numbers of chronic complaints and daily medication. Consequently, the Russian-speaking patients in our study were not more physically burdened than German patients. The frequencies of the found complaints correspond to the most frequent diagnoses in the German primary care sector (back pain 25 per cent, hypertension 24.5 per cent, elevated cholesterol level 19 per cent) (Grobe *et al.*, 2008). These findings show that our sample is a reasonably fair reflection of average utilization of primary care. Therefore, the perception of physicians that Russian-speaking patients are more difficult due to more physical complaints is not supported by our data. We expect a more detailed interpretation in our qualitative data which will be published elsewhere.

The few studies available give inconsistent or even contradictory results for the physical health of Russian-speaking immigrants. Kirkcaldy *et al.* (2005) found that Russian-speaking immigrants living in Germany have more health problems than both the Russian and the German population. The Russian-Germans and Jewish refugees in Germany had a higher prevalence of impaired lipid metabolism in comparison with the native population (Tselmin *et al.*, 2007a, b). In the KORA survey, the immigrants of German origin from Eastern Europe rated their health more often as poorer than participants without migration background (Aparicio *et al.*, 2005). In contrast, Becher *et al.* (2007) reported significantly lower levels of mortality by Russian-speaking immigrants, especially mortality resulting from cardiovascular diseases in both genders and cancer in women.

Subjective health and self-care

Although we did not find any group differences in objective morbidity, there are large differences in subjective appraisal of health. Native-born Germans had higher ratings of general health status and were more satisfied with their physical health status than immigrants and native-born Russians. These results correspond well with the literature (Wittig *et al.*, 2004). Native-born Germans were more satisfied with life in general than native-born Russians. There were no differences between both Russian-speaking groups in this area.

Native-born Germans and immigrants share similar environments, and one must consider that immigrants in our sample were residents in Germany for an average of 12 years. In the process of acculturation one might expect immigrants to grow more similar to the German population. Contrary to this, we found them to be more similar to native-born Russians. Is the expressed dissatisfaction a result of socialization in the FSU? In fact, in Russian culture it is still uncommon to speak much about one's happiness. The same applies to speaking about illness. This is often caused by mystic beliefs about not endangering happiness or attracting illness. Therefore, Russian-speaking people tend to speak neutrally about their health.

This similarity with native-born Russians becomes all the more plausible when the instability of daily life in the FSU is considered. Some studies found that average happiness in Russia was lower than in other nations and that it declined over time due to adverse changes in society (Veenhoven, 2001). After migration, the immigrants have more stability, safeness, and better

living conditions. Nevertheless, our participants, for example, state in the interviews: "Here it is good, I don't want to return, but here it is not good for our soul". Our participants deplore having few social contacts and friendships or a loss of status and respect. They felt even worse due to lacking a sense of community. This obviously affects satisfaction with life.

An interesting finding from our study is that native-born Germans were more convinced that they can actively contribute to their health (health beliefs) than immigrants and native-born Russians. The opposite result could have been expected because of the high educational level of our Russian-speaking groups. Some studies show that migration is associated with the higher health locus of control scores on the powerful others and chance dimensions (Grotz *et al.*, 2011). People with external attributions will make fewer efforts to protect their health and are less sensitive to physiological states due to fewer control beliefs. This finding improves our understanding of why immigrants and Russians have a lower view of their health. Obviously, they see fewer possibilities with their health than Germans. This phenomenon has often been described regarding immigrants socialized in a paternalistic health system as was in the FSU (Remennick, 1999). Consequently, these patients take a passive role and emphasize the responsibility of doctors for their health. In addition, Russian culture is generally characterized by believing in inevitable destiny and fatalism (Sergeeva, 2004). It can be concluded that health beliefs relate less to education and expected knowledge and more to cultural socialization. The length of stay of our Russian-speaking immigrants in Germany suggests that health attitudes seem to be steady over time.

The results of the HamSOQ show that immigrants have less positive health attitudes and enjoy fewer positive experiences. In agreement with these findings, GPs in our previous qualitative study said that immigrants have less self-awareness in relation to their own health and less self-care. GPs often stated that immigrants appeared prematurely aged and less healthy, and that they were only occasionally involved in local sports, other incorporated societies, and the neighbourhood. They thought that immigrants were less actively engaged with their well-being. Our results are in accordance with data from the literature. Some authors suggest that health is a relatively low priority for immigrants compared to migration-related problems such as survival and adjustment in the host country (Remennick, 2003). Cultural socialization likely also plays a role here.

Whether the low smoking and alcohol consumption frequencies by immigrants could be interpreted as better health behaviour is debatable because we cannot draw conclusions about the actual consumed amount. Earlier studies have reported opposite results (Aparicio *et al.*, 2005). Our analysis reveals that immigrants show different drinking patterns than Germans and Russians.

The results of our study in the area of subjective health and self-care suggest that the impression that immigrants can be more difficult patients could be grounded in a more passive patient role. Passive patients are more demanding, helpless, and delegate responsibility regarding their healthcare to GPs. For example, they demand more medication and more inpatient treatment even in cases where they could have contributed by behaviour change (Aroian *et al.*, 2001; Remennick and Shtarkshall, 1997).

Some limitations of this study must be considered. First, we asked GPs to distribute questionnaires to patients with chronic complaints or diseases, but we were not able to reconstruct the exact criteria of the GPs. For example, it is unknown whether especially "easy" patients were chosen or other subjective criteria played a role. We had a relatively small responder rate which is not unusual in immigrant studies (Bermejo *et al.*, 2012). However, it was impossible to check whether the physicians truly distributed all questionnaires to their patients. Second, the native-born Russians were recruited by two laymen and not by GPs due to Russia's different medical system. In this group we heavily depended on participant data regarding chronic complaints or diseases as they were not pre-sorted by GPs. Length of the questionnaire (11 pages) may have resulted in a low response rate. Furthermore, the uncertainty of immigrants in a new country must also be considered. It is possible that immigrants tended to answer in terms of social desirability, especially in the context of adverse health behaviour. We were not able to establish psychiatric diagnoses by simply using questionnaires. We therefore speak of mental complaints which are presumably connected to mental disorders, although the extent of this association is unclear in our study.

Our study also has certain strengths. The survey was conducted in both German and Russian, enabling us to include all Russian immigrants. The probability of misunderstanding questions due to language difficulties was reduced. Our analyses show the good measure equivalence of the questionnaires for both languages (Hirsch *et al.*, 2013). The homogeneity of our immigrant group (Russian-speaking re-settlers), was also successfully achieved.

Conclusions

With regard to the controversy in the literature concerning the association of major depression and migration, further research in this area must be done. Stress factors and their effect on the health of immigrants remain underresearched. Our findings show that mental complaints in immigrants should not be analysed without standardized tests in their native language. Migration-related factors and their effect on mental and physical health should be explored and discussed in therapy. The obviously different illness and health beliefs of immigrants require the provision of culture specific health care concepts in their host countries.

Competing interests

All authors declare that they have no competing interests.

References

- Aparicio, M.L., Doring, A., Mielck, A. and Holle, R. (2005), "Differences between Eastern European immigrants of German origin and the rest of the German population in health status, health care use and health behaviour. A comparative study using data from the KORA-Survey 2000", *Soz. Präventivmed.*, Vol. 50 No. 2, pp. 107-118.
- Aroian, K.J., Khatutsky, G., Tran, T.V. and Balsam, A.L. (2001), "Health and social service utilization among elderly immigrants from the former Soviet Union", *J. Nurs. Scholarsh.*, Vol. 33 No. 3, pp. 265-71.
- Becher, H., Razum, O., Kyobutungi, C., Laki, J., Ott, J.J., Ronellenfitsch, U. and Winkler, V. (2007), "Mortality of resettlers from the former Soviet Union. Results of a cohort study", *Deutsches Arzteblatt*, Vol. 104 No. 23, pp. C 1400-C 1406.
- Behrens, K., Machleidt, W., Haltenhof, H., Ziegenbein, M. and Callies, I. (2008), "Somatization and vulnerability to offence in immigrants with mental disorders – evidence or eminence?", *Nervenheilkunde*, Vol. 27 No. 7, pp. 639-43.
- Bermejo, I., Nicolaus, L., Kriston, L., Hölzel, L. and Härter, M. (2012), "Culture sensitive analysis of psychosomatic complaints in migrants in Germany", *Psychiatr. Prax.*, Vol. 39 No. 4, pp. 157-63.
- Berry, J. (1997), "Immigration, acculturation, and adaptation", *Applied Psychology: An International Review*, Vol. 46 No. 1, pp. 5-68.
- Bhugra, D. and Kalra, G. (2010), "Cross cultural psychiatry. Context and issues", *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, Vol. 7 No. 2, pp. 51-54.
- Cohen, J. (1988), *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, MI.
- Destatis (2010a), *For the First Time More Than 16 Million People with Migration Background in Germany*, Federal Statistical Office, Wiesbaden.
- Destatis (2010b), *Population with a Migrant Background – Results of Mikrozensus 2009 (Fachserie 1, Reihe 2.2)*, Destatis, Federal Statistical Office, Wiesbaden.
- Ditte, D., Schulz, W. and Schmid-Ott, G. (2006), "Attitude towards psychotherapy in the Russian population and in the population with a Russian/Soviet cultural background in Germany. A pilot study", *Nervenarzt*, Vol. 77 No. 1, pp. 64-72.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brahler, E., Martin, A., Mewes, R. and Rief, W. (2009), "Are migrants more susceptible to mental disorders?", *Psychiatr. Prax.*, Vol. 36 No. 1, pp. 16-22.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. and Löwe, B. (2004), "Screening of mental disorders with the 'Patient Health Questionnaire (PHQ-D)'. Results of the German validation study", *Diagnostica*, Vol. 50 No. 4, pp. 171-81.

- Grobe, T., Dörning, H. and Schwarz, F. (2008), *GEK-Report of Outpatient Medical Care*, Asgard-Verlag, St. Augustin.
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T. and Baumeister, H. (2011), "Health locus of control and health behaviour. Results from a nationally representative survey", *Psychol Health Med*, Vol. 16 No. 2, pp. 129-40.
- Harfst, T., Ghods, C., Mosko, M. and Schulz, H. (2009), "Measuring positive behaviour and experience in inpatients with mental disorders – the Hamburg Self-Care Questionnaire (HamSCQ)", *Rehabilitation (Stuttgart)*, Vol. 48 No. 5, pp. 277-82.
- Hirsch, O., Donner-Banzhoff, N. and Bachmann, V. (2013), "Measurement equivalence of four clinical questionnaires in native-born Germans, Russian-speaking migrants, and native-born Russians", *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 24 No. 3, pp. 225-235.
- Kickbusch, I. and Marstedt, G. (2008), *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung (Health Monitor 2008. Health Provision and Options from Societal Perspective)*, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Kirkcaldy, B., Siefen, R.G., Wittig, U., Schüller, A., Brähler, E. and Merbach, M. (2005), "Health and emigration. Subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants", *Stress and Health*, Vol. 21 No. 5, pp. 295-309.
- Koch, E. (2000), "The current situation of minorities in psychiatric and mental health care system in Germany", in Koch, E.S.R.T.S. (Ed.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft – Deutsch – türkische Perspektiven*, Lambertus, Freiburg, pp. 55-67.
- Kornischka, J., Assion, H.J., Ziegenbein, M. and Agelink, M.W. (2008), "Psychosocial problems and mental disorders among immigrants of German origin", *Psychiatr. Prax*, Vol. 35 No. 2, pp. 60-6.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. (2001), "The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure", *J. Gen. Intern. Med*, Vol. 16 No. 9, pp. 606-13.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.-C. and Ulrich, R. (2008), *Migration and Health. Focus Report of the Federal Health Monitoring*, Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Remennick, L. (2003), "I have no time for potential troubles'. Russian immigrant women and breast cancer screening in Israel", *J. Immigr. Health*, Vol. 5 No. 4, pp. 153-63.
- Remennick, L.I. (1999), "Preventive behavior among recent immigrants. Russian-speaking women and cancer screening in Israel", *Soc. Sci. Med*, Vol. 48 No. 11, pp. 1669-84.
- Remennick, L.I. and Shtarkshall, R.A. (1997), "Technology versus responsibility. Immigrant physicians from the former Soviet Union reflect on Israeli health care", *J. Health Soc. Behav*, Vol. 38 No. 3, pp. 191-202.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H., Penka, S., Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R., Schepker, R., Özek, M., Hauth, I. and Heinz, A. (2008), "Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors", *European Psychiatry*, Vol. 23 No. 1, pp. 21-7.
- Sergeeva, A. (2004), *Russkie: Stereotypy Povedeniia, Traditsii, Mentalnost (Russians. Stereotype of Behavior, Traditions, Mentality)*, Flinta, Moscow.
- Tselmin, S., Korenblum, W., Reimann, M., Bornstein, S.R. and Schwarz, P.E. (2007a), "The health status of Russian-speaking immigrants in Germany", *Horm. Metab Res*, Vol. 39 No. 12, pp. 858-61.
- Tselmin, S., Schwarz, P.E., Bergmann, A., Bornstein, S. and Bergmann, S. (2007b), "High prevalence of dyslipidemia in the Dresden Jewish population", *Horm. Metab Res*, Vol. 39 No. 9, pp. 700-1.
- Veenhoven, R. (2001), "Are the Russians as unhappy as they say they are? Comparability of self-reports across nations", *Journal of Happiness Studies*, Vol. 2 No. 2, pp. 111-36.
- Wittig, U., Merbach, M., Siefen, R.G. and Brähler, E. (2004), "Complaints and health care system utilisation of ethnic German migrants from the former Soviet Union to Germany and their families", *Gesundheitswesen*, Vol. 66 No. 2, pp. 85-92.

About the authors

Viktoria Bachmann is a Trained Psychological Psychotherapist. She is a Scientific Fellow in the Department of General Practice/Family Medicine and currently works in a Psychiatric Clinic. Viktoria Bachmann is the corresponding author and can be contacted at: viktoria.bachmann@staff.uni-marburg.de

Katharina Teigeler is a Doctor at a Clinic and a Doctoral Candidate at the Philipps University Marburg, Department of General Practice/Family Medicine, Marburg, Germany.

Dr Oliver Hirsch, PhD, Clinical Psychologist and Neuropsychologist. He is a Scientific Fellow in the Department of General Practice/Family Medicine specializing in shared decision making and research methods.

Dr Stefan Bösner is a Trained Family Physician and Public Health Expert and currently works in private practice and as a Researcher and Senior Lecturer Fellow in the Department of General Practice/Family Medicine.

Norbert Donner-Banzhoff is a Professor of General Practice at the University of Marburg/Germany. Main research interests: decision-making and cognitive processes in primary care diagnosis, decision aids, cardiovascular health. Clinical appointment with primary care practice which has a large proportion of Russian-speaking immigrants.

For instructions on how to order reprints of this article, please visit our website:
www.emeraldgroupublishing.com/licensing/reprints.htm
Or contact us for further details: permissions@emeraldinsight.com

2.4.3 VERGLEICH DER BEI HAUSÄRZTEN GEMachten ERFAHRUNGEN VON EINHEIMISCHEN UND ZUGEWANDERTEN PATIENTEN

Viktoria Bachmann, Michael Völkner, Stefan Bösner, Norbert Donner-Banzhoff (2014). The experiences of Russian speaking migrants in primary care consultations. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 871–6. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0871.

HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG

Der Fokus migrationsspezifischer Forschung liegt überwiegend auf der Sicht der medizinischen Akteure. Das Erleben der russischsprachigen Migranten im medizinischen Kontext ist wenig untersucht. Mit der vorliegenden Teilstudie sollten Hypothesen gebildet und folgende Fragestellungen überprüft werden: Wie erleben Migranten und Deutsche die hausärztliche Versorgung? Machen beide Gruppen gleiche Erfahrungen? Welche Erwartungen haben russischsprachige Zuwanderer an ihren Hausarzt?

METHODE

An der Teilstudie nahmen 25 Migranten sowie 24 Deutsche aus städtischen und ländlichen Regionen in Hessen, Baden-Württemberg und Niedersachsen teil. Alle Teilnehmer wurden von Hausärzten ohne russisch-sprachigen Migrationshintergrund und ohne Russisch-Kenntnisse behandelt. Die Teilnehmer wurden einzeln in der jeweiligen Muttersprache (Russisch / Deutsch) von zwei der Autoren der Publikation (VB, MV) interviewt. Im Vorfeld der Studie wurde in Anlehnung an die vorhandene Literatur sowie Forschungsfragen ein teilstrukturierter Leitfaden zusammengestellt, der offene Fragen zu Erwartungen und Erfahrungen beim Hausarzt, Vorstellungen über einen idealen Hausarzt, Compliance, Gesundheitsverhalten sowie Informiertheit über gesundheitsrelevante Belange enthielt. Gespräche wurden mit einem Audiogerät aufgenommen, ggf. ins Deutsche übersetzt und transkribiert. In Teamarbeit wurden die so entstandenen Texte nach einem deduktiv und induktiv erstellten Code-Baum mit Hilfe der Software MAXQDA® für qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet.

ERGEBNISSE

Zufriedenheit mit dem Hausarzt: alle Teilnehmer waren mit ihrem Hausarzt zufrieden. Es zeigte sich aber, dass die Migranten im Vergleich zu den Deutschen zurückhaltender

in der Bewertung waren und ihre Ärzte als „normal“ oder „OK“ beschrieben haben. Migranten erwarteten von ihren Ärzten ein intensiveres Explorationsverhalten. Während die Deutschen sich selbst in der Pflicht gesehen haben, ihrem Arzt ihre Beschwerden ausführlich zu schildern, waren Migranten der Meinung, dass der Arzt sich um die Information bemühen muss. Dementsprechend waren viele der Meinung, dass sich der Arzt wenig für ihr Anliegen interessieren würde.

Schwierigkeiten im Kontakt: drei Viertel der Migranten berichteten von Problemen in der Konsultation: Angst sich nicht richtig ausdrücken zu können; nicht die „erwünschte / notwendige“ Behandlung zu bekommen; „kalter“ / „sachlicher“ Umgang des Arztes.

Hausarztbindung: Migranten hatten eine höhere Bereitschaft ihren Hausarzt aufgrund der Unzufriedenheit zu wechseln

Informiertheit über gesundheitsrelevante Fragen: die meisten Teilnehmer fühlten sich schlecht informiert, nannten aber unterschiedliche Gründe dafür. Die deutschen Patienten nannten die Komplexität und schlechten Zugang zu Informationen sowie eigenes geringes Interesse. Migranten nannten zusätzlich Wissensrückstand; Schwierigkeiten Informationen zu beschaffen (auch sprachliche Barriere); geringe Bereitschaft der verantwortlichen Stellen, Informationen bereit zu stellen bzw. zu teilen. Einige unterstellten die Absicht, durch Vorenthalten von Informationen an den Migranten sparen zu wollen. Die Verantwortung für die Informationsbereitstellung wird extern gesehen – bei Ärzten und Krankenkassen.

DISKUSSION

Die Ergebnisse zeigen, dass die unterschiedliche Sozialisation auch nach längerem Aufenthalt im Aufnahmeland Auswirkungen auf das Rollenverständnis und Verhaltensmuster hat. Migranten und Einheimische erleben die hausärztliche Konsultation auf unterschiedliche Weise, was zu Unzufriedenheit und Komplikationen seitens Patienten und Ärzten führen kann. Es ist notwendig die Ärzte für die möglichen Missverständnisse zu sensibilisieren und flexible Verhaltensmuster zu fördern. Von den Autoren werden entsprechende Empfehlungen ausgesprochen.

ORIGINALARBEIT

Erfahrungen russischsprachiger Migranten beim Hausarzt

Viktoria Bachmann, Michael Völkner, Stefan Bösner, Norbert Donner-Banzhoff

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: In Deutschland leben circa drei Millionen russischsprachige Zuwanderer aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion. Diese wurden teilweise anders medizinisch sozialisiert als die einheimische Bevölkerung. Studien, die sich mit den Erfahrungen und Erwartungen dieser Patientengruppe befassen, sind kaum vorhanden.

Methode: Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden 24 chronisch kranke Deutsche ohne Zuwanderungsgeschichte und 25 chronisch kranke russischsprachige Zuwanderer über Aushänge, Hausärzte und nach dem Schneeballprinzip rekrutiert und über ihre Erfahrungen beim Hausarzt in der jeweiligen Muttersprache nach einem semistrukturierten Leitfaden interviewt. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen, gegebenenfalls übersetzt, transkribiert und mit Hilfe der Software MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die Migranten sind mit ihren Hausärzten weniger zufrieden als die Deutschen. Dies äußert sich in der Arztwechselhäufigkeit aufgrund der Unzufriedenheit mit der Behandlung. Beide Gruppen geben mangelnde Informiertheit in Gesundheitsfragen an, führen aber unterschiedliche Gründe für diese an. Die Erwartungen der Teilnehmer beider Gruppen an ihre Hausärzte unterscheiden sich dagegen kaum voneinander. Die Migranten zeigen eine geringere Bindung an den Hausarzt und eine höhere Bereitschaft zum Arztwechsel.

Schlussfolgerung: Um die Bedürfnisse der Patienten mit Migrationshintergrund besser zu verstehen und somit die Arzt-Patient-Interaktion sowie die Chancengleichheit zu verbessern, sollten die Ärzte mehr auf die kulturell geprägten Erwartungen dieser Patientengruppe eingehen. Beispielsweise wünschen sich viele Migranten eher einen paternalistischen Kommunikationsstil vom Arzt.

► Zitiertweise

Bachmann V, Völkner M, Bösner S, Donner-Banzhoff N: The experiences of Russian speaking migrants in primary care consultations. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 871–6. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0871

Aufgrund von mangelnder sprachlicher Verständigung, schlechterer Compliance und abweichenden Krankheitskonzepten werden Migranten im medizinischen Kontext oft als schwierig betrachtet (1, 2). Hausärzte berichten von Verunsicherungen, Hilflosigkeit und auch Wut, die sie in ihrer Arbeit mit Migranten erleben (2, 3). Allerdings liegt der Fokus migrationspezifischer Versorgungsforschung überwiegend auf der Sicht der medizinischen Akteure (4). Über die Erlebniswelten der Zuwanderer ist wenig bekannt. Dabei ist es von Interesse, ob sie ähnliche Erfahrungen wie Einheimische berichten können.

Für die präsentierte Studie wurden russischsprachige Einwanderer erster Generation aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion als Teilnehmer gewonnen. Diese Migrantengruppe bildet die zweitgrößte Zuwanderungspopulation in Deutschland und setzt sich mehrheitlich aus (Spät-)Aussiedlern („Russlanddeutschen“) und deren Angehörigen, jüdischen Zuwanderern sowie Migranten mit anderen Aufenthaltsrechten zusammen. Zur Vereinfachung werden russischsprachige Teilnehmer im Folgenden als Migranten und Einheimische ohne Migrationshintergrund als Deutsche bezeichnet, auch wenn die russischsprachigen Teilnehmer mehrheitlich deutscher Abstammung sind.

Bisher wurden Erwartungen und Erfahrungen russischsprachiger Einwanderer im medizinischen Kontext nicht untersucht. Daher gibt es keine Erfahrungen zu der Frage, ob auch im Sinne der Chancengerechtigkeit Migranten auf gleiche Weise in die medizinische Versorgung integriert sind wie Einheimische.

Mit Hilfe qualitativer Methoden sollten zum einen Hypothesen für weitere Substudien gebildet und zum anderen folgende Fragestellungen überprüft werden:

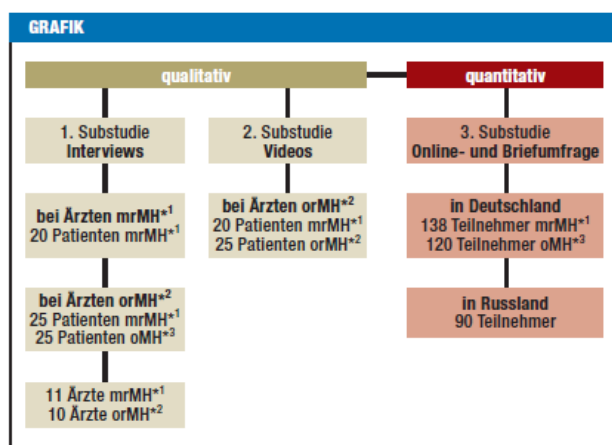
- Wie erleben Migranten und Deutsche die hausärztliche Versorgung? Machen die beiden Gruppen gleiche Erfahrungen?
- Welche Erwartungen haben Zuwanderer und Deutsche an ihren Hausarzt?

Methoden

Die hier vorgestellte Arbeit befasst sich mit Erwartungen und Erfahrungen chronisch kranker Patienten mit und ohne russischsprachigen Migrationshintergrund beim Hausarzt. Sie ist ein Teilprojekt einer

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg; Dipl.-Psych. Bachmann, PD Dr. med. Bösner, Pract. med. Völkner, Prof. Dr. med. Donner-Banzhoff

MEDIZIN



„Mixed-methods“-Design der Gesamtstudie „Russischsprachige Patienten beim Hausarzt“
In der vorgelegten Arbeit sind Ergebnisse der Teilbefragung der Patienten, die sich in Behandlung von Hausärzten ohne russischsprachigen Hintergrund befinden, präsentiert.

*1 mrMH = mit russischsprachigem Migrationshintergrund

*2 orMH = ohne russischsprachigen Migrationshintergrund

*3 oMH = autochthone Deutsche ohne Migrationshintergrund

„mixed-methods“-Studie zur hausärztlichen Versorgung von russischsprachigen Migranten (*Grafik*), die in der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Philipps-Universität Marburg durchgeführt wurde (5, 6).

Da dabei subjektive Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen erfasst werden, die sich auf einen bestimmten Themenbereich beziehen, bietet sich das problemzentrierte teilstrukturierte Interview als Methode der Wahl an (7).

Durchführung

Migranten wurden über Aushänge in russischer Sprache an von ihnen hochfrequentierten Orten sowie nach dem Schneeballprinzip rekrutiert. Deutsche Teilnehmer wurden sowohl nach dem Schneeballprinzip als auch über die jeweiligen Hausärzte geworben. In die präsentierte Teilstudie wurden nur Migranten aufgenommen, die sich in der Behandlung von Hausärzten ohne russischsprachigen Migrationshintergrund befinden. Das Vorliegen einer chronischen Krankheit beim Patienten galt als Einschlusskriterium, da dies eine regelmäßige und in der Regel dauerhafte hausärztliche Anbindung impliziert, so dass die Patientenaussagen sich auf mehrere Hausarztkontakte beziehen.

Im Vorfeld der Studie wurde in Anlehnung an die vorhandene Literatur sowie Forschungsfragen ein teilstrukturierter Leitfaden zusammengestellt, der offene Fragen zu Erwartungen und Erfahrungen beim Hausarzt, Vorstellungen über einen idealen Hausarzt, Compliance, Gesundheitsverhalten sowie Informiertheit über gesundheitsrelevante Belange enthielt. Der Leitfaden diente dazu, den Themenbereich

einzugrenzen (*Kasten*). Die Fragen wurden dynamisch an die jeweilige Erzählung angepasst und in den Erzählfluss integriert.

Die Interviews fanden in der jeweiligen Muttersprache (Russisch und Deutsch) mehrheitlich bei den Teilnehmern zu Hause statt. Gespräche wurden mit einem Audiogerät aufgenommen, gegebenenfalls ins Deutsche übersetzt und anonymisiert in Anlehnung an die Transkriptionsregeln (8) übertragen. In Teamarbeit wurden die so entstandenen Texte nach einem deduktiv und induktiv erstellten Kodebaum mit Hilfe der Software MAXQDA für qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet (9). Die Mitglieder des Auswertungsteams (MV, VB, SB) kodierten unabhängig voneinander die Haupt- und Unterkategorien. Bei Bedarf wurden Kodierungen im Team oder auch in der qualitativen Forschungsgruppe der Abteilung für Allgemeinmedizin Marburg diskutiert.

Ergebnisse

Aus Platzgründen konzentrieren sich die Autoren hier auf die Darstellung der Hauptkategorien, in denen sich die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppen feststellen ließen, da diese mehr zum Verständnis beitragen als Übereinstimmungen.

Stichprobenzusammensetzung

An der Teilstudie nahmen 25 Migranten sowie 24 Deutsche (*Tabelle*) aus städtischen und ländlichen Regionen in Hessen, Baden-Württemberg und Niedersachsen teil.

Zufriedenheit mit dem Hausarzt

Beide Gruppen sind mit ihren aktuellen Hausärzten in Bezug auf fachliche Fertigkeiten, persönliche Eigenschaften sowie Praxisorganisation zufrieden. Die Unterschiede zeigen sich darin, dass trotz gleicher genannter Aspekte die Deutschen mehrheitlich mit ihren Hausärzten „sehr zufrieden“ sind. Deutsche/r_131210: „[...] was Besseres hätte mir nicht passieren können.“ Bei den Migranten sind die Aussagen in der Regel zurückhaltender und ohne Überschwang. Der Arzt wird oft als „normal“ oder schlicht „ok“ bewertet. Migrant_200310: „Er ist ein guter, ein normaler.“ Die Teilnehmergruppen unterscheiden sich hinsichtlich des erwarteten Explorationsverhaltens des Arztes. Migranten sind der Meinung, dass der Arzt „nach Informationen graben soll“. Dementsprechend liegt die Holschuld für Informationen beim Arzt. Migrant1_050310: „Bei diesem ist es so, du erzählst ihm selbst deine Krankheit. Und nicht er findet es heraus. [...] Man fragt mich nicht und ich frage nicht.“ Die Deutschen sind der Ansicht, dass der Patient die Bringschuld hat, dem Arzt das zu sagen, was von Belang sein könnte. Deutscher_020: „...und ich denke mir, weil das Denken ausschalten ist ja auch blöd, dass er da vielleicht daneben liegen könnte, weil er eine Sache vielleicht nicht so bedacht hat, wie ich sie jetzt noch sehe oder so, dann sprechen wir halt drüber.“

Erlebte Schwierigkeiten

Mit wenigen Ausnahmen geben Deutsche mehrheitlich an, keinerlei Schwierigkeiten im Arzt-Patient-Kontakt zu erleben. Dagegen nennen rund drei Viertel der Migranten vielfältige Probleme, mit denen sie sich beim Hausarzt konfrontiert sehen.

Sprachliche Probleme sind der meistgenannte Aspekt. Dabei stellen Migranten eigene Ängste, sich nicht richtig ausdrücken zu können und in ihrem Anliegen nicht verstanden zu werden, in den Vordergrund. Keiner der Teilnehmer gibt an, seinen Arzt nicht zu verstehen. Migrant_100809: „[...] ich hatte starke Angst, dass ich es werde nicht erklären können, welche meine Symptome sind und was die Sache ist. [...] Angst vor Unterhaltung irgendwie, dass ich mich irgendwie nicht richtig ausdrücken, dass ich nicht richtig erklären werde, wenn er anfängt mich zu fragen.“

Während jeder dritte Migrant berichtet, eine aus Sicht des Patienten erwünschte beziehungsweise notwendige Behandlung nicht zu bekommen, ist es unter den Deutschen nur jeder Siebte. Als konkrete Beispiele wurden genannt:

- die mangelnde Bereitschaft zur Verschreibung von Medikamenten und Leistungen,
- zu spät erfolgende Überweisungen zum Facharzt,
- unzureichende Prävention,
- ausbleibender Behandlungserfolg
- ein „sich nicht ernst genommen fühlen“.

Nur Migranten erleben ihren Arzt in seinem Auftreten und Umgang als „sehr professionell“ und dadurch unpersönlich. Gemeint ist hier das Wort „professionell“ nicht im Sinne von „fachlich“, sondern als ein negativ behafteter Begriff im Sinne von „distanziert“, „sachlich“ und „kalt“ im Gegensatz zu „menschlich“ und „zugewandt“.

Die Unzufriedenheit mit der Behandlung hatte bei zehn Migranten und vier Deutschen mindestens einen Arztwechsel zur Folge. Migrant3_050310: „Ich sage: ‚Und wie soll ich mit dem Schmerz leben?‘ So. Er ist schon aufgestanden und hat mich auf die Schulter [geklopft]. ‚Fahren sie fort mit den Tabletten.‘ und das war alles. Ich sage: ‚Aber die helfen doch nicht!‘. Und dann stand ich im Flur. Das war alles. Zu diesem Arzt gehe ich nicht mehr.“

Aus organisatorischen Gründen wie Umzug, Praxissschließung und schlechter Erreichbarkeit wechselten zehn Deutsche und vier Migranten ihren Arzt. Deutscher_141210: „Aber nicht wegen dem Hausarzt, sondern wirklich nur wegen dem System drum rum, also wegen seiner Praxis, ne? Wegen dieser Unfähigkeit, aber nicht wegen dem Hausarzt, überhaupt nicht.“

Allerdings wechseln nicht alle unzufriedenen Patienten ihren Hausarzt. Einige haben keine Möglichkeit aufgrund der Versorgungslage in der Umgebung, anderen resignieren und glauben nicht, jemand Besseren finden zu können. Migrant_100809: „Wissen Sie, danach zu urteilen, was ich in der Presse lese

KASTEN

Ausschnitt aus dem teilstrukturierten Interviewleitfaden mit Beispielfragen als Stütze für den Interviewer

• Migranten

Migrationsgeschichte

- Wann sind Sie nach Deutschland gekommen?
- Wie haben Sie die Umsiedlung erlebt?

Erster Kontakt zur deutschen Gesundheitsversorgung

- Wissen Sie noch, wann Sie das erste Mal in Deutschland einen Arzt gebraucht haben?
- Was war Ihr erster Eindruck?

Vergleich der Gesundheitssysteme

- Wenn Sie das deutsche Gesundheitssystem mit dem aus Ihrer Herkunftsregion vergleichen würden, was fällt Ihnen ein?

• Deutsche

Erfahrung und Erwartungen: Hausarzt

- Wie lange sind Sie schon bei Ihrem Hausarzt in Behandlung?
- Haben Sie Ihren Hausarzt schon mal gewechselt? Wenn ja/kein, warum?
- Wie erleben Sie die Behandlung? Was gefällt Ihnen? Was nicht?
- Wie stellen Sie sich einen idealen Hausarzt vor?
- Wie gut sind Sie in Gesundheitsfragen informiert? Wie informieren Sie sich?

und im Fernsehen sehe [...] Wir haben beschlossen, niemanden mehr zu suchen. Fachlich ist er in Ordnung. Er hilft uns (,) alles, was von ihm abhängt macht er für uns. [...] Deswegen sind wir auch bei ihm geblieben. Und menschlich oder nicht menschlich, das soll auf ihrem Gewissen lasten.“

Informiertheit über gesundheitsrelevante Fragen

Die meisten Teilnehmer behaupten, schlecht über gesundheitsrelevante Fragen informiert zu sein. Auffällig ist hierbei jedoch, dass es zwischen den Gruppen deutliche Unterschiede gibt, wie sie ihren Informationsmangel erklären.

Die deutschen Patienten führen die Komplexität und den schlechten Zugang zu Informationen oder auch das eigene mangelnde Interesse als Grund an. Migranten nennen zusätzlich einen Wissensrückstand, den sie im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung per se haben, der seitens der Ärzte nicht berücksichtigt und kompensiert wird. Zuwanderer besitzen laut eigenen Angaben zu wenig Vorwissen, um sich im hiesigen System zurecht zu finden und ihre weiteren Möglichkeiten erkennen und nutzen zu können. Außerdem fällt es ihnen schwer, sich Informationen zu beschaffen, da sie das

MEDIZIN

TABELLE

Zusammensetzung der Teilnehmergruppe

	Migranten n = 25	Deutsche n = 24
Geschlecht		
weiblich	13	15
männlich	12	9
Durchschnittsalter (Jahre)	53,5	60,4
Beschäftigungsstatus		
berufstätig	16	5
Studium	0	2
Altersrente/erwerbsunfähig	9	17
erwerbslos	0	1
Herkunftsland		
Kasachstan, Kirgisistan	12	–
Russland, Ukraine, Moldawien	13	–
Aufenthaltsdauer in Deutschland	14,4 Jahre ($\pm 3,9$)	–
Einreisealter	39,4 Jahre (± 15)	–

nicht gewohnt sind und auf Hindernisse treffen. Migrant_210110: „Man muss fragen: Was mir zusteht, was kann ich, was kann ich nicht. Und dann gibt es hier so ein Prinzip, das einem häufig begegnet: nichts gefragt – nichts gesagt. Du hast doch nicht gefragt! Also habe ich nichts gesagt. Ich kann doch nicht deine Gedanken lesen! Vielleicht hat er es aus diesen Überlegungen nicht gesagt oder aus diesen Überlegungen – aber sehr häufig: nichts gefragt, nichts gesagt.“

Die Bringschuld in Bezug auf Informationen sehen Migranten klar auf Seiten des Arztes und wenn dieser nicht liefert, kann man auch nichts wissen. Warum Ärzte von sich aus nicht informieren und weshalb man vieles erfragen muss, deuten die Patienten unterschiedlich. Einige vermuten die Absicht, bei Migranten Kosten zu sparen. Migrant_180110: „[...] aber zu den Ausländern und den Aussiedlern gibt es so eine Haltung, dass wenn sie das nicht wissen – selber schuld.“

Andere glauben, dass die Ärzte überarbeitet sind und keine Zeit zum Informieren haben. Die Verantwortung für die Informationsbereitstellung liegt aber nicht allein bei den Ärzten. Auch Krankenkassen sollten ihren Teil dazu beitragen, dass die Patienten umfassend – nach Möglichkeit in der Muttersprache der Patienten – informiert sind.

Diskussion

Russischsprachige Zuwanderer und Deutsche wurden über ihre Erwartungen und Erfahrungen bei ihren Hausärzten interviewt. Obwohl beide Gruppen insgesamt positive Erfahrungen machen und sich eher zufrieden zeigen, finden sich Unterschiede im

Ausdruck dieser Zufriedenheit. So loben die Deutschen ihre Hausärzte, wohingegen die Migranten sich eher zurückhaltender äußern.

Dies scheint daran zu liegen, dass Migranten häufiger als Einheimische Schwierigkeiten im Arzt-Patient-Kontakt erleben, was ihre Zufriedenheit dämpft. Sie haben Sorge, dem Arzt das Anliegen sprachlich nicht richtig darlegen zu können und somit nicht verstanden zu werden. Daher gehen Migranten vermutlich mit einem anderen Spannungsniveau als Einheimische in ein Gespräch mit dem Arzt, was zu einem anderen Ablauf der Arzt-Patient-Interaktion führen könnte. Diese aus den Interviews gebildete Hypothese wird derzeit anhand der Videoanalyse der Konsultationen (Grafik) überprüft.

Andererseits berichten Migranten, eher als Deutsche ihren Hausarzt aus Unzufriedenheit mit der Behandlung gewechselt zu haben. Jedoch geben sie keine konkreten Diskriminierungserlebnisse an, wie zum Beispiel in anderen Studien (10), so dass wir davon ausgehen, dass sie nicht anders beziehungsweise schlechter behandelt werden. Allerdings weicht die medizinische Sozialisation der Migranten von der der Einheimischen ab, da sich die medizinischen Standards und Richtlinien in Deutschland von denen in der ehemaligen Sowjetunion unterscheiden (11, 12). Dementsprechend kann die durch die Herkunftskultur geprägte Erwartung von dem Erleben abweichen und zur Verunsicherung oder Unzufriedenheit führen. So konnten die Autoren anhand der Daten zeigen, dass Migranten eher einen paternalistischen Kommunikationsstil vom Arzt erwarten. Diese Einstellung kann die Arzt-Patient-Interaktion neben den ohnehin bestehenden sprachlichen Schwierigkeiten sowie dem erschwerten Beziehungsaufbau zusätzlich beeinträchtigen, da die Akteure eine unterschiedliche Rollenauffassung haben. Eine weitere aus der vorliegenden Teilstudie gebildete Hypothese, dass Ärzte im Herkunftsland positiver bewertet werden als im Aufnahmeland, soll überprüft werden. Sollte sich das bestätigen, würde das den Unterschied zu den türkischen Patienten – als der meist untersuchten Gruppe von Patienten mit Migrationshintergrund – darstellen, die deutsche Ärzte mindestens genauso positiv erleben wie das die deutschen Patienten tun (13).

Neben Fehlerquellen wie mangelndes Verständnis, oder andere Begriffe für Symptome kann der Diagnoseprozess durch die Passivität des Patienten gestört werden. Nach Donner-Banzhoff und Hertwig (14) läuft dieser in zwei Phasen ab. In der Phase des „induktiven Streifens“ kommt es darauf an, dass der Patient frei über sein Anliegen berichtet. Hier bildet der Arzt Hypothesen über die Beschwerden. Ist der Bericht des Patienten erschöpfend, setzt die Phase der „deduktiven Befragung“ ein, in der ärztlicherseits Hypothesen geprüft werden. Bei einem passiven Patienten wird die erste Phase aber zu früh beendet, womit wichtige Hinweise für die Diagnosestellung fehlen können.

Als Konsequenz für die Praxis empfehlen die Autoren offene, aber explizite Fragen. Patienten sollen ermuntert werden, mehr zu umschreiben, da wegen mangelnder Sprachkenntnisse oft konkrete Begriffe fehlen, so dass Informationen aus Unsicherheit zurückgehalten werden. Behandlungsrelevante Entscheidungen sollten selbst kritisch hinterfragt werden, da Ärzte sonst dazu neigen könnten, sich zum Beispiel aus zeitlichen Gründen nur auf naheliegende Diagnosen zu konzentrieren.

Ferner berichten die Migranten häufiger, nicht die benötigte medizinische Intervention erhalten zu haben. Dies weist zum einen auf die berichtete geringe Informiertheit hin, zum Beispiel darüber welche Leistungen von dem Arzt verschrieben werden können und welche nicht. Zum anderen zeigen sich auch hier sozialisationsbedingte Erwartungen. So finden sich in der Literatur Hinweise, dass zum Beispiel türkisch-stämmige Migranten im Vergleich zu Deutschen mehr von der Wirksamkeit der Arzneimittel überzeugt sind und auch mehr medikamentöse Therapien erwarten (15, 16). Ähnliche Erfahrungen berichteten im Rahmen der Gesamtstudie befragte Ärzte auch von russisch-stämmigen Patienten. Zugleich bringen Migranten oft Diagnosen mit, die im Aufnahmeland keine Äquivalenz finden oder sich nach den Untersuchungen nicht bestätigen. Dementsprechend findet auch keine Behandlung statt, was bei Patienten Unzufriedenheit hervorruft (12).

Beide Gruppen sehen sich in Gesundheitsfragen unter anderem aufgrund der Komplexität und Unübersichtlichkeit nicht genug informiert, was auch andere Autoren berichten (17). Ebenfalls wird deutlich, dass russischsprachige Migranten ein anderes Verständnis der Arzt-Patient-Rolle mitbringen. So haben die Ärzte eine Holschuld in Bezug auf die Beschaffung behandlungsrelevanter und eine Bringschuld in Bezug auf die Weitergabe gesundheitsrelevanter Informationen. Hiermit nehmen Migranten oft eine passivere Haltung als Deutsche ein, was möglicherweise ihrer medizinischen sowie sozio-politischen Sozialisation im Herkunftsland entspricht (18). Es entsteht der Eindruck, dass deutsche Patienten im Vergleich mit Zuwanderern expliziter Informationen einfordern und bekommen. Remennick berichtet, dass auch in Israel russischsprachige Migranten von „konsumieren“ zu „informiert teilnehmen“ umlernen müssen (19). Dabei hat der Bildungsgrad der befragten Patienten keinen Einfluss auf ihre Bewertung von Arztkontakten, was auch die anderen Studien bestätigen (6, 20).

Die gefundenen Unterschiede zeigen, dass die Sozialisation im Herkunftsland auch nach längerem Aufenthalt im Aufnahmeland eine große Rolle spielt. Die alten Rollenvorstellungen und Verhaltensmuster bleiben lange bestehen und werden in der Arzt-Patient-Interaktion als schwierig erlebt. Aus Sicht der Autoren ist es notwendig, die Hausärzte für die möglichen Missverständnisse zu sensibilisieren und flexible Verhaltensweisen, die vielleicht von der üblichen Routine abweichen, zu fördern.

KERNAUSSAGEN

Erfahrungen russischsprachiger Migranten beim Hausarzt

- Patienten fühlen sich ungenügend in Gesundheitsfragen informiert.
- Auch nach langem Aufenthalt im Aufnahmeland wirken sich Kommunikationspräferenzen, die durch die Herkunftskultur geprägt sind, auf die Arzt-Patient-Interaktion aus.
- Russischsprachige Migranten zeigen eine höhere Bereitschaft zum Hausarztwechsel.
- Russischsprachige Migranten erleben vielfältige Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion, die ihre Zufriedenheit mit der Behandlung beeinflussen.
- Russischsprachige Migranten sehen die Bringschuld für relevante Informationen beim Arzt.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 22. 5. 2014, revidierte Fassung angenommen: 29. 9. 2014.

LITERATUR

1. van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijnzeels MA: Intercultural communication in general practice (eng). *Eur J Public Health* [Internet] 2002; 1: 63–8.
2. Gelzer D: Migrantinnen und Migranten in der hausärztlichen Sprechstunde. *PrimaryCare* 2005; 5: 128–31.
3. Gerlach H, Becker N, Abholz HH: Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifferenzdiskussion mit Hausärzten. *ZFA* 2008; 84: 428–35.
4. Bungartz J, Uslu S, Natanzon I, Joos J: Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten – eine qualitative Studie. *Z Allg Med* 2011; 87: 115–22.
5. Hirsch O, Donner-Banzhoff N, Bachmann V: Measurement equivalence of four clinical questionnaires in native-born Germans, Russian-speaking migrants, and native-born Russians. *J Transcult Nurs* 2013; 24: 225.
6. Bachmann V, Teigeler K, Hirsch O, Börsner S, Donner-Banzhoff N: Comparing health-issues of Russian-speaking immigrants, Germans and Russians. *International Journal of Migration, Health and Social Care*; 2014 (in press).
7. Witzel, Andreas: The problem-centered interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 2000; 1(1), Art. 22. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (last accessed 27 November 2014).
8. Bohnsack R, Lüders C, Reichertz J (eds.): *Qualitative Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich 2001.
9. Mayring P: *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz 2002.
10. Gerlach H, Abholz H, Koc G, Yilmaz M, Becker N: „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“: Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. *ZFA* 2012; 88: 77–85.

MEDIZIN

11. Remennick LJ, Shtarkshall RA: Technology versus responsibility, immigrant physicians from the former Soviet Union reflect on Israeli health care. *J Health Soc Behav* [Internet] 1997; 3: 191–202.
12. Grabbe L: Understanding patients from the former Soviet Union. *Fam Med* [Internet] 2000; 3: 201–6.
13. Uslu S, Natanzon I, Joos S: Das Image von Hausärzten aus Perspektive von Patienten mit und ohne türkischem Migrationshintergrund – eine qualitative Studie. *Gesundheitswesen* 2014; 76: 366–74.
14. Donner-Banzhoff N, Herwig R: Inductive foraging: Improving the diagnostic yield of primary care consultations. *European Journal of General Practice*, 2013; Early Online: 1–5
15. Ferber L, Köster I, Celayir-Erdogan N: Türkische und deutsche Hausarztpatienten: Erkrankungen, Arzneimittelwirkungen und Verordnungen – *Gesundheitswesen* 2003; 65: 304–31.
16. Sahlan S, Wolny A, Brockmann S, Fuchs A, Altner A: Reducing unnecessary prescriptions of antibiotics for acute cough: Adaptation of a leaflet aimed at Turkish immigrants in Germany. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 57.
17. Herbert S: Patientenerwartung und Therapiefreiheit: Der Arzt in Fesseln – und der Patient im Abseits. *Dtsch Arztebl* 2008; 105: A 1662–6.
18. Hamann J, Biebert C, Elwyn L, et al.: How do patients from eastern and western Germany compare with regard to their preferences for shared decision making? *Eur J Public Health* 2012; 22: 469–73.
19. Remennick LJ, Ottenstein-Eisen N: Reaction of new Soviet immigrants to primary health care services in Israel. *Int J Health Serv* [Internet] 1998; 3: 555–74.
20. Kirkcaldy BD, Siefen RG, Merbach M, Rutow N, Braehler E, Wittig U: A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans (eng). *Psychol Health Med* [Internet] 2007; 3: 364–79. www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17510907.

Anschrift für die Verfasser

Dipl.-Psych. Viktoria Bachmann
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, FB Medizin
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4, 35032 Marburg
viktoria.bachmann@staff.uni-marburg.de

Zitierweise

Bachmann V, Völkner M, Böser S, Donner-Banzhoff N:
The experiences of Russian speaking migrants in primary care consultations.
Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 871–6. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0871

 The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

Sechs Gründe für Autorinnen und Autoren, wissenschaftliche Übersichts- und Originalarbeiten in der Rubrik Medizin im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren

1. Die Reichweite des Deutschen Ärzteblattes

- Das Deutsche Ärzteblatt ist mit einer Auflage von mehr als 350 000 Exemplaren nicht nur die mit Abstand größte medizinische Zeitschrift in Deutschland, sondern auch eine der größten Fachzeitschriften der Welt.
- Einen cme-Artikel im Deutschen Ärzteblatt bearbeiten im Durchschnitt mehr als 19 000 Teilnehmer.
- Der wissenschaftliche Teil des Deutschen Ärzteblattes wird mit steigender Tendenz auch in der meinungsführenden Publikumspresse als wichtige Quelle wahrgenommen.

2. Die englische Ausgabe: Deutsches Ärzteblatt International

Alle wissenschaftlichen Artikel des Deutschen Ärzteblattes werden vollständig und kostenfrei übersetzt und in unserer englischen Online-Zeitschrift Deutsches Ärzteblatt International publiziert. Damit sind Artikel im Deutschen Ärzteblatt international zitierfähig.

3. Die Möglichkeit, Beiträge in zwei Sprachen einzureichen

Manuskripte können sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache eingereicht werden.

4. Die Präsenz in allen wichtigen Datenbanken

Alle wissenschaftlichen Artikel im Deutschen Ärzteblatt sind durch ihre Publikation in der englischen Ausgabe Deutsches Ärzteblatt International in Medline gelistet und darüber hinaus in 15 weiteren Datenbanken vertreten.

5. Der Impact-Faktor

Deutsches Ärzteblatt International ist in den Datenbanken Web of Knowledge und Journal Citation Report gelistet. Der aktuelle Impact-Faktor beträgt 3,608 (JCR 2013).

6. Der freie Zugang zu allen Artikeln

Alle Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sind im Internet frei zugänglich (open access). Dies gilt für die deutsche und für die englische Fassung.

Die Redaktion freut sich auch über unverlangt eingereichte Übersichts- und Originalarbeiten, insbesondere gilt das für randomisierte kontrollierte Studien sowie systematische Reviews und Metaanalysen. Für interessierte Autoren sind wir jederzeit ansprechbar.

2.4.4 KOMMUNIKATIONSPRÄFERENZEN

Viktoria Bachmann, Oliver Hirsch, Norbert Donner-Banzhoff (2019). Communication preferences from an intercultural perspective: findings of a German mixed-methods study. Eingereicht bei Social Science and Medicine am 26.08.2019

HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG

Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist die zentrale Komponente der medizinischen Interaktion, die massiv Behandlungsergebnisse beeinflussen kann. Eine besondere Brisanz bekommt sie in interkultureller medizinischer Kommunikation. Dieser Artikel konzentriert sich auf die Merkmale der interkulturellen Interaktion zwischen Arzt und Patient aus verschiedenen Perspektiven - Patienten und Ärzte auf der Grundlage qualitativer und quantitativer Daten. Um die Ergebnisse besser interpretieren zu können, wurde großer Wert auf die Muttersprache und transkulturelle Vergleiche gelegt. Es wurde untersucht wie die medizinische Interaktion von den Akteuren erlebt wird. Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, ob interkulturelle Unterschiede in den Kommunikationspräferenzen vorliegen.

METHODE

In die Teilstudie flossen Daten aus den teilstrukturierten Interviews von 45 Patienten mit russisch-sprachigem Migrationshintergrund, 10 Interviews mit Ärzten mit russisch-sprachigem Migrationshintergrund, 10 Interviews mit einheimischen Ärzten und ein Interview mit einem Arzt mit einem anderen Migrationshintergrund. Die qualitativen Daten wurden quantitativen Daten zu Kommunikationspräferenzen aus dem Survey (KOPRA-Fragebogen) gegenüber gestellt.

Die entstandenen Texte wurden nach einem deduktiv und induktiv erstellten Code-Baum mit Hilfe der Software MAXQDA® für qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet. Die statistische Datenanalyse wurde mit Hilfe von IBM SPSS 19.0 durchgeführt. Kategorische Variablen wurden mit χ^2 -tests und Effektgröße Cramér V (Kotrlík & Williams, 2003) verglichen. Um die Unterschiede zwischen den drei Gruppen zu testen, wurden multivariate General Linear Models (GLM) mit Faktoren Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit für die vier KOPRA-Subskalen berechnet.

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse zeigen, dass Ärzte, unabhängig von ihrer Muttersprache, russischsprachige Patienten als eine schwierige Patientengruppe erleben. Sie betonen eine schlechtere Compliance, insbesondere bei Langzeitmedikamenten wie Antihypertensiva. Darüber hinaus kritisieren sie den eigenständigen Abbruch von Medikamenteneinnahme und / oder die Manipulation vom Einnahme-Modus. Das Besondere daran ist, dass die Patienten dieses Verhalten und ihre Überlegungen nicht offen kommunizieren. Ärzte erleben ihre Patienten als treu, aber auch als verschlossen und misstrauisch. Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist wenig akzeptiert. Die Patienten erleben ihre Ärzte als distanziert und nicht an ihrer Krankheit interessiert. Die Ärzte würden nicht genügend Fragen stellen und keine Verantwortung übernehmen.

Die Umfrageergebnisse zeigen, dass die Deutschen im Vergleich zu den beiden russischsprachigen Stichproben eine höhere Präferenz für "Patientenbeteiligung und Patientenorientierung", "effektive und offene Kommunikation" und "Kommunikation über persönliche Umstände" aufweisen. Deutsche haben eine höhere Präferenz für "emotional unterstützende Kommunikation" als Migranten, aber genauso hohe Präferenz wie Russen.

DISKUSSION

Das wichtigste Hindernis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist aus unserer Sicht nicht die Sprachbarriere, sondern das durch die Sozialisation bedingte unterschiedliche Rollenverständnis. Dieses wird besonders deutlich durch das subjektive Erleben sichtbar.

**Communication preferences from an intercultural perspective: Findings of a German
mixed-methods study**

Bachmann, Viktoria¹, Hirsch, Oliver², Donner-Banzhoff, Norbert¹

1 Department of General Practice/Family Medicine, Philipps University Marburg, Germany

2 FOM University of Applied Sciences, Siegen, Germany

Articel was submitted to Social Science and Medicine on 26.08.2019

Abstract

This paper focuses on the characteristics of intercultural physician-patient interaction from different viewpoints – patients and physicians – based on qualitative and quantitative data. In order to better interpret the results, great importance has been attached to the participants' mother language and transcultural comparisons. In a mixed-methods study, Russian-speaking patients and both native and Russian-speaking physicians were asked about their experiences in the context of primary health care using a semi-structured interview. In a bilingual survey in Germany and Russia, Germans, Russian-speaking immigrants and Russians were asked about their communication preferences during medical encounters. Our results show that physicians experience Russian-speaking patients as a challenging patient group. They accentuate poorer compliance and discontinuation of medication and / or manipulation of the intake mode, especially with regards to long-term medication. The specific feature hereby is that the patients do not communicate this behaviour or their considerations openly. Physicians experience their patients as loyal but also as reserved and suspicious. Shared decision making is poorly accepted. Patients experience their physicians as being distant and not interested in their illness. In the patients' view, the physicians did not ask enough questions and would not assume any responsibility.

Survey results show that, compared to the two Russian-language samples, Germans show a higher preference for shared decision making relevant communication aspects. Germans have a higher preference for “emotionally supportive communication” than the immigrants, but just as high a preference as Russians. In the authors' view, the most important obstacle to shared decision making is not the language barrier, but the different understanding of roles caused by socialisation.

Keywords: Germany; Russian-speaking immigrants; intercultural communication; shared decision making; mixed-methods; communication preferences; influence of socialisation

Introduction

Doctor-patient communication is a central component of medical interaction. Interaction traits such as congruent interaction styles and shared expectations about patient involvement in joint decision making have a positive effect on treatment outcomes (Jahng et al. 2005; Krupat et al. 2000; Bennett et al. 2011). These aspects of the interaction between physician and patient become more sensitive when different cultures come together. Possible communication problems make intercultural interaction more difficult and require special attention in order to ensure equal opportunities in medical care. These problems arise from cultural differences in explanatory models of health and illness, differences in cultural values, cultural differences for doctor-patient relationships, racism/perceptual biases, and linguistic barriers (Schouten und Meeuwesen 2006; Paternotte et al. 2015).

The consequences of flawed doctor-patient communication are, for example, low utilisation of health care services, less compliance and lower satisfaction in intercultural encounters, errors, increased or the inefficient prescription of drugs, and unnecessary diagnoses and hospital treatments (Bermejo et al. 2012; Flores et al. 2003).

The focus of this paper is the communication between patient and physician in primary care as seen by immigrant patients and physicians. Our approach includes qualitative interviews with patients and physicians as well as a quantitative survey of citizens in Germany and Russia.

Due to the high heterogeneity of immigrants in their origin, socialization, and stress factors, the characteristics of the sample are especially relevant in enabling an accurate interpretation of the data. Studies show that patients from different countries of origin cope differently with the German health care system (Bermejo et al. 2012). Even the patients' expectations regarding the treatment and later their satisfaction relate to cultural illness beliefs, medical socialization, and concordance of communication preferences on both sides of the interaction (Paternotte et al. 2015). Therefore, it is necessary to focus on a relatively homogeneous sample.

In Germany, there are about 3.4 million Russian-speaking immigrants who come from the former Soviet Union (FSU) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2015). This paper focuses on the two main groups – ethnic Germans (descendants of German resettlers in the 18th century) and Jews. Despite the various ethnic, educational or geographical backgrounds,

their mentality and lifestyle are similar to each other and resemble those of the general population in their countries of origin with minimal differences. This is a result of the state-enforced cultural assimilation of ethnic minorities in the FSU which was imposed on Soviet Germans, Jews and others. This process was accompanied by a complete Russification and global Sovietization, in which ethnic minorities were prohibited from using their mother language and from practicing religion (Lewada 2001). Due to historical events, different cultures mixed and were dominated by Soviet culture and the Russian language. In most cases, the Russian language has remained the primary language after immigration. Both groups have a secure residence status in Germany. They enjoy social security provision, health insurance, employment permits, and state pensions or social security benefits. Their integration in the host country is good (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2013). Compared to other larger immigrant groups in Germany, these immigrants are characterised by their “external similarity” to Germans (e.g. physical appearance, educational background, and their more European lifestyle). The index of cultural similarity between Germany and Russia is as high as between Germany and France or Germany and Sweden (Roose 2012). The medical socialization of Russian-speaking immigrants and native Germans differs in many points. The “Semashko medical system” in the FSU was centralized, hierarchically organised based on the state monopoly and state financing, and was free for patients (Rudnikov I. 2015; Balabanova et al. 2004). The socialist view of the human being was materialistically, scientifically and physiologically oriented (Sonnenmoser 2008). Primary care was provided by local polyclinics. Patients were assigned to them according to their place of residence. Primary care practitioners were responsible for first contact, home visits and functioned as an interface to specialists. The focus was on specialization and a strong disease-centred rather than patient-centred approach (Stewart 1995). Medical communication was mainly suggestive and instructive (Sonnenmoser 2008). The differences, however, were in the different understanding of roles, clinical examination methods and treatment options (Bernstein und Shuval 1994).

The difficulty of transcultural comparisons lies in the fact that the results cannot always be clearly interpreted. The question arises as to whether the results represent fundamental cultural differences or are a possible consequence of immigration itself. This circumstance makes it necessary to compare immigrants and natives both in the host country and in the country of origin. In addition, greater consideration of possible language barriers and access to a study among immigrants is particularly important in order to prevent an unwanted

participant selection. Another important aspect is the experience gained with the other health care system. Recording these can help to classify current experiences better.

The aim of this study was to explore doctor-patient interaction from the viewpoints of both patients and doctors. We asked both native-born Germans and physicians who completed their studies in the FSU to take part. In order to disentangle primary socialisation and the experience of immigration, we conducted a survey of physical and mental health among Russians living in Russia, immigrants from the FSU living in Germany and native Germans.

Methods

The study conforms to the principles of the Declaration of Helsinki and has been approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Philipps University Marburg (reference number AZ: 100/09).

Study design

The study was a mixed-methods study with qualitative and quantitative research methods, including interviews, video recordings and a survey. The use of mixed research methods provides a view of “intercultural patient-doctor interaction” from different perspectives. Analyses of the work presented were based on the data in black in figure 1.

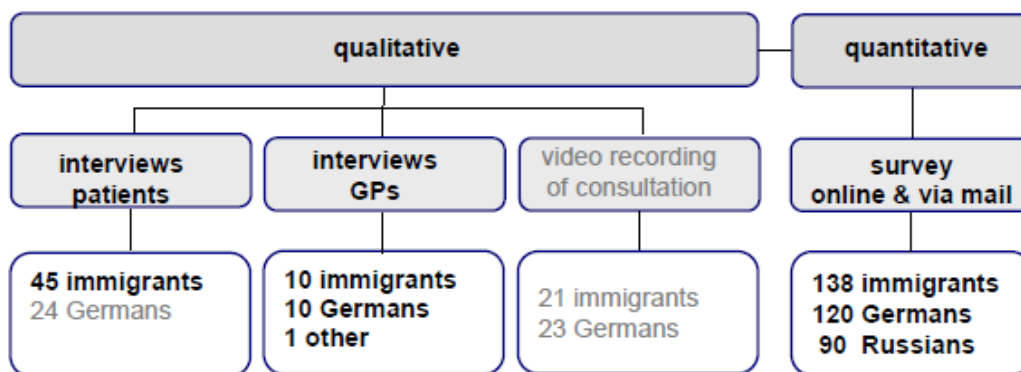


Figure 1: Mixed-methods study design

Samples

Sample 1: Patients (interviews)

For a semi-structured interview, patients were recruited via bulletins in Russian markets, cultural meeting points, Jewish communities, and by snowball recruiting. A cash payment of €30 was offered. Patients were interviewed in their home or in the facilities of a

psychotherapeutic institute for about 1-1.5 hours. The criteria for participation were that immigrants had migrated from the FSU and were 18 years or older.

Sample 2: Practitioners (interviews)

Primary care practitioners (natives and immigrants from the FSU) were recruited using letters of invitation. A cash payment of €100 was offered. GPs were visited in their practices and interviewed for about one hour.

Sample 3: Survey participants

The survey-data was collected using self-rated questionnaires which were available both as a paper and an online version. In Germany, the paper versions with a stamped, addressed envelope were sent to 21 GPs who were highly frequented by Russian-speaking immigrants. The physicians were asked to pass them on to their chronically ill German and Russian-speaking patients in the patients' respective language. In Russia, two study assistants distributed the Russian paper versions in the rural area of Saratov and in Moscow. The online survey was placed on the platform www.online-eval.de, run by Marburger AG Methoden & Evaluation (MAGMA) at Philipps University Marburg, Germany, for a period of three months. Certain categories of participants were excluded, such as subjects under 18 years old, those who had other home countries than Russia or the Commonwealth of Independent States (CIS), those who had other host countries than Germany, or those whose questionnaires were aborted.

Measurements

Interviews: Semi-structured interviews in German or Russian were conducted. A catalogue of questions served as a guideline, which was handled dynamically. Interview topics included the patients' migration history, previous experience of health care in their country of origin, experience of health care in general and experience of health care provided by GPs in Germany specifically. Physicians were asked how they experience working with Russian-speaking immigrants, whether they perceive differences between the immigrants and their native patients and whether they experience difficulties in working with Russian-speaking immigrants.

Survey: The survey included the questionnaire on communication preferences of patients with chronic illnesses (KOPRA) (Farin et al. 2011) in addition to other questionnaires about patients' health status, demographic data and other information relating to the patients. All of

the translated questionnaires used in the survey fulfilled the requirements of measurement equivalence in confirmatory factor analyses and analyses of differential item functioning (Hirsch et al. 2013). Other results of the survey have been presented elsewhere (Bachmann et al. 2015).

KOPRA conveys relevant aspects of communication between the primary care provider and the patient, and gathers the communication preferences of patients during a health consultation. It consists of the four scales: “patient participation and patient orientation”, “effective and open communication”, “emotionally supportive communication”, and “communication about personal circumstances”. Items are scored on a five-point scale. Single-factor confirmatory factor analyses suggested that each scale is unidimensional. Reliability was good with Cronbach’s alpha varying from .80 to .92. Differential item analyses signalled that the questionnaire is suitable for different gender, age, educational, and disease groups. Further research has to be carried out regarding validity (Farin et al., 2011).

Results

Study participants

Patients (interviews): Forty-five Russian-speaking immigrants from 25 primary care physicians were interviewed, of whom 42.2% were male and 57.8% female. The average age was 54.6 years (SD 13.4). All patients interviewed were first generation immigrants from the countries of the FSU as follows: Ukraine 33.3%, Kazakhstan 31.1%, Kyrgyzstan 15.6%, Russia 13.3% and Moldova 2.2%. On average they had lived in Germany for 13.6 years (SD 4). The average migration age was 40.9 years (SD 15.3). Regarding ethnic affiliation, 64.4% were German-Russians and 35.6% Jews. With regards to education and training, 52.5% had a university degree, 27.5% had college and professional education, other participants had a minimum of 8 years of education, ending at a middle school. Thirteen subjects were pensioners or disabled, 24 were in regular or marginal employment. The diseases most often reported were hypertension, coronary heart disease, diabetes mellitus, strokes, hyperthyroidism, pain disorders.

Primary care physicians (interviews): Twenty-two GPs in private practices were interviewed. In order to control the barriers in the patient-doctor communication described by other scholars, 10 doctors were native-born Germans (nGP), 11 had immigrated from the FSU

(iGP). One GP was born in another country but had completed his/her medical education in the FSU and spoke very good Russian and German (iGP).

Survey: The quantitative survey included information from 120 native-born Germans, 138 immigrants from the FSU, and 90 subjects who were living in Russia. Between the three participant groups age differences were not significant (GLM, $p=.06$), but the native-born German women were significantly younger than the German men (GLM, $p=.001$). The three groups did not differ regarding gender ($p=.35$, χ^2 -test, Cramér $V=.08$) or family status ($p=.59$, χ^2 -test). They differed regarding education ($p<.001$, χ^2 -test, Cramér $V=.30$). Significantly more Germans and significantly fewer immigrants and Russians had a lower and middle school degree. Significantly fewer Russians had a college degree or professional education. Significantly fewer Germans and significantly more Russians had a university degree. The three groups also differed in employment status ($p<.001$, χ^2 -test, Cramér $V=.27$). Significantly fewer immigrants were students or employees. Significantly more Germans were pensioners or disabled. Significantly more immigrants and significantly fewer Germans were unemployed. All of the significant differences in education and employment status mentioned reflect the general societal and social differences between the three groups.

All immigrants had themselves directly experienced immigration, and were living in Germany as first generation immigrants. The average age at migration was 39.2 years (SD 16.2). On average they had lived in Germany for 12.5 years (SD 7.5). The countries of origin were Russia (52.9%), Kazakhstan (26.8%), Ukraine (13.0%), and others (6.5%). Table 1 summarizes the socio-demographic characteristics of the sample.

Table 1: Socio-demographic characteristics of the survey-sample

		Immigrants	Germans	Russians	
<i>Number</i>		N = 138	N = 120	N = 90	
<i>Gender</i>	Males	43 (31.6%)	48 (40%)	30 (33.3%)	$\chi^2=2.11$, p=.35
	Females	93 (68.4%)	72 (60%)	60 (66.7%)	
	missing	2	-	-	
<i>Age</i>		\bar{x} = 51.9 (SD16.2)	\bar{x} = 48.5 (SD 18.2)	\bar{x} = 53.7 (SD 13.3)	p=.06 (GLM)
<i>Highest educational qualification</i>					
	Lower and middle school	11 (7.9%)	32 (26.6%)	1 (1.1%)	$\chi^2=61.46$, p<.001
	College and professional education	66 (47.8%)	58 (48.4%)	25 (27.8%)	
	University	61 (44.2%)	30 (25%)	64 (71.1%)	
<i>Employment</i>					
	Employed; Students	65 (47.1%)	78 (65.1%)	63 (70.0%)	$\chi^2=51.98$, p<.001
	Pensioners, Disabled	14 (10.2%)	33 (27.7%)	10 (11.1%)	
	Unemployed	59 (42.7%)	9 (7.5%)	20 (22.2%)	

Data analyses

The qualitative section of the study was designed according to the principles of the phenomenological approach (Moustakas 2010). The phenomenon of "intercultural general practitioner-patient interaction" was the focus of research interest. For evaluation according to the phenomenological approach, the narratives were recorded, translated, transcribed, divided into statements on the respective aspects and coded. The evaluation of the qualitative data was carried out with the help of the qualitative content analysis according to Mayring (2010) using the MAXQDA® software.

Statistical data analysis was performed using IBM SPSS 19.0. Categorical variables were compared using χ^2 -tests and effect size Cramér V (Kotlik & Williams, 2003). Values

between .20 and .40 signal medium associations. To test the differences between the three groups, multivariate General Linear Models (GLM) with the factors gender and group membership were calculated for the four KOPRA subscales. Where there was an overall significance in multivariate GLM, univariate results on single variables were examined, and if still significant, Tukey-LSD post-hoc tests were used to examine which group means were significantly different. The effect sizes η^2 and Cohen's d were used to determine whether significant differences might have practical implications. Values of η^2 up to .03 are considered small, up to .06 medium, and .14 and higher large, values of Cohen's $d \geq .2$ are considered small, $\geq .5$ medium and $\geq .8$ large (Grissom und Kim, 2012). Missing were replaced using the expectation-maximisation algorithm (Enders 2010).

General perception: challenging interaction

GP perspective: A surprising result is that not only native, but predominantly Russian-speaking practitioners perceived the immigrants to be challenging compared to native Germans, despite an absence of language barriers.

“Working with Russian-speakers is more difficult. More difficult than with natives.”
(iGP_OR)

Particularly Russian-speaking practitioners try to solve this problem by controlling the admission of new patients to hold the proportion of immigrants in balance.

“Well, one should not have too many. I often say I am not accepting any more Russian-speaking patients. Well, for a while. And then it has become a little better. Then more natives came and once again... one must find a balance! If one has too many Russian-speaking patients, also it is frustrating. There are too few feelings of success.” (iGP_LT)

Language problems hardly play a role here. Although the interviewed native practitioners complained about the language competence of some Russian-speaking immigrants, they reported only few difficulties concerning language barriers. GPs rarely use the help of interpreters (their own employees or accompanying person) and do not perceive any direct negative consequences.

“I could quite imagine that there have been problems. But they are not apparent. They are not really clear.” (nGP_LE)

Patient perspective: With a few minor exceptions, patients consider their knowledge of the German language to be “poor” or “medium”, but sufficient for everyday life. The patients referred to fewer difficulties in understanding German but rather regarding their own insecurity to communicate their ideas to their GPs. Many interviewees expressed concerns that they may be misunderstood or not entirely correctly understood. This reflects a fear not to obtain the necessary support.

“First I was very afraid that I couldn’t make myself understood concerning what my symptoms are and what is the cause. It was a kind of a fear of communication, that I couldn’t express myself correctly, that I would not explain properly if the physician started asking questions.” (Pat_EH)

Some of the patients interviewed deliberately switched to Russian-speaking doctors in order to be able to communicate better. The comments make clear a more psychological aspect of language barriers – being ashamed of their poor German speaking abilities.

Non-adherence and related health beliefs

GP perspective: Asked about perceived difficulties, the following problems emerged: a lower compliance rate, greater time and effort for consultations, a great number of requests and consumerism, limited willingness regarding lifestyle modification and higher affinity for medication as a treatment option.

Non-adherence regarding long-term medication associated with hypertension and diabetes was mentioned most frequently.

“Bad! Russian-speaking patients had a worse... The Germans already have a poor compliance rate and they are even worse.” (nGP_IU)

The majority of GPs are of the opinion that medical advice either is not complied with or is incompletely complied with: immigrants discontinue medication on their own initiative, do not attend check-ups, do not pick up prescriptions, or just experiment with their medication. The additional problem here is that patients do not speak openly about these matters.

“And another point – native patients do not manipulate the treatment! If they cannot tolerate something, they come and tell me, “I cannot tolerate this medication.” But our people can come, they can stop taking their medication on their own initiative. And I start to investigate the reasons why their blood pressure is still going up. It turns out

that he had stopped taking the medication for a long time on his own initiative!”

(iGP_SL)

GPs observe moreover that many patients do not take their long-term medication consistently, but only according to symptoms they experience.

“Well the Russian-speakers rather say, ‘If I feel better, then I’ll let that be.’” (nGP_ZS)

As can be seen from the quotes, the behaviour shown here can lead to frustration, resignation and anger. Particularly the experienced lack of success and the feeling of helplessness are onerous for the GPs.

“Sometimes I really feel desperate. To see that they have not taken their medication for one year and then they come to me with lethally high blood pressure and they have interrupted taking it again! Then I say, ‘We’ll start all over again!’ Then I am truly desperate, and I say, ‘You are harming yourself!’ In this moment I am devastated.”

(nGP_TN)

Possible causes of non-adherence

The GPs interviewed did not have a real explanation for this behaviour. Some supposed that immigrants may be easily overwhelmed by complexity and patient responsibility. Immigrant GPs see analogies to former treatment methods in the FSU – block-treatment with drugs instead of long-term medication. Another explanation is that patients do not understand the chronic course of the disease. Hypertension would be understood as a temporary disease that can be cured with a block treatment. GPs try to counteract the low compliance by explaining more and taking more time or by mentioning "drastic" examples of consequences of limited compliance.

Some GPs expressed the impression that immigrants are less health-conscious than German patients. Accordingly, they would have less active influence on their health through diet, exercise or positive activities. Some doctors are shocked to see that comparatively young patients have very high blood pressure values.

“They are not really sensitive to their body, that is my impression. They are still not really health-conscious, not like Germans, they are living more health-consciously.”

(nGP_TN)

Overall, physicians from both groups have the impression that concepts about age and “growing old” are defined differently.

“When a Russian immigrant comes and she is 60 years old, yes, she says: ‘I am an old woman’. When a 60-year-old German comes, she’s looking for a date. And one has a headscarf on and the other a miniskirt, yes.” (nGP_UI)

“I have the general impression that the Germans stay young somewhat longer in the sense, in their head they are young longer, they still want something from life or do something.” (iGP_ER)

Patient perspective: 17 of the interviewed patients reported strictly following the medication prescriptions. Six patients reported not following prescriptions. One patient, who works as an interpreter for medical matters, said that in her experience, most of the patients she looked after would not follow the medical instructions. The interviewees stated that they were reluctant to accept chemical interventions to their bodies because of possible side effects. For a similar reason, a patient treats herself symptomatically in order not to expose the body to the side effects, but only when there is a need. A patient stopped her hypertension medication herself because she was feeling better. Two patients said they decided for themselves whether or not to take medication. It depends to what degree the doctor had convinced them. None of them had discussed this with the attending physician.

“...when I read the side effects, I don't want to take these pills anymore. Because I am treating my hypertension and damaging all my other organs.” (Pat_IG)

Communication and decision preferences

Multivariate GLM analysis of The Questionnaire on Communication Preferences of Patients with Chronic Illness resulted in a significant and moderate group effect (Wilk's $\lambda = .85$, $df = 8, 644$, $p < .001$, $\eta^2 = .076$), a significant but small gender effect (Wilk's $\lambda = .97$, $df = 4, 322$, $p = .03$, $\eta^2 = .033$), and a non-significant gender*group interaction (Wilk's $\lambda = .98$, $df = 8, 644$, $p = .56$, $\eta^2 = .01$).

Univariate analyses revealed significant differences between the three groups (immigrants, Germans, Russians) on the scales “patient participation and patient orientation” ($p < .001$, $\eta^2 = .111$), “effective and open communication” ($p < .001$, $\eta^2 = .059$), “emotionally supportive communication” ($p = .02$, $\eta^2 = .023$), and “communication about personal circumstances” ($p = .008$, $\eta^2 = .030$). Post-hoc Bonferroni tests were then used to evaluate which groups differ in their ratings exactly.

Germans had higher average scores on the scale “patient participation and patient orientation” than immigrants ($p < .001$, Cohen’s $d = 0.80$), and Russians ($p < .001$, Cohen’s $d = 0.68$). This largest effect in our analyses ($\eta^2 = .111$) is depicted in Figure 2.

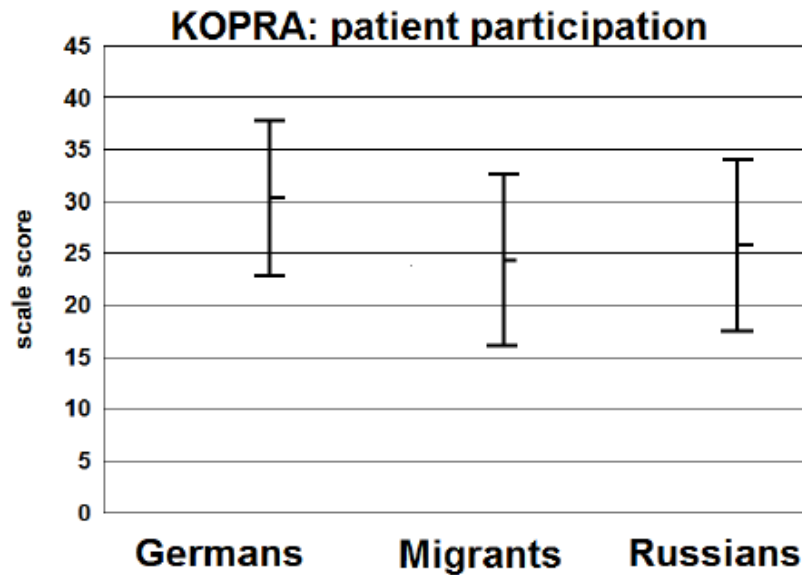


Figure 2: Mean differences (+/- one standard deviation) between Germans, immigrants, and Russians on the KOPRA scale “patient participation and patient orientation”.

Germans had higher average scores on the scale “effective and open communication” than immigrants ($p < .001$, Cohen’s $d = 0.58$), and Russians ($p = .05$, Cohen’s $d = 0.44$). Germans had higher average scores on the scale “emotionally supportive communication” than immigrants ($p = .03$, Cohen’s $d = 0.34$).

Germans had higher average scores on the scale “communication about personal circumstances” than immigrants ($p = .01$, Cohen’s $d = 0.37$), and Russians ($p = .02$, Cohen’s $d = 0.42$).

Gender differences were found on the scales “patient participation and patient orientation” ($p = .02$, Cohen’s $d = 0.28$), “effective and open communication” ($p = .01$, Cohen’s $d = 0.30$), and “emotionally supportive communication” ($p = .04$, Cohen’s $d = 0.21$) with women of all groups having higher average scores on all these scales.

Interviews: Communication and decision preferences

“Patient participation and patient orientation”

Particularly immigrant GPs have the impression that immigrants have a lower preference for involvement in decision-making and a higher preference for directive instructions from the GP. 13 of the 21 GPs reported that immigrants expect clear instructions regarding what they should do. Faced with more options, patients seem to be overwhelmed. If several treatment alternatives are proposed, immigrants seem to be confused.

“Also, if I say, “we can decide together what to do”. And I propose alternatives, then they are... they do not feel comfortable. And I cannot cope with that.” (iGP_NE)

Furthermore, the inclusion of immigrants in decision-making can have a negative effect on patient's trust in the expertise of the physician.

“Patients thought, I don't know what is good and what I have to do [] My competence was questioned.” (iGP_NE)

This perception is confirmed by the patient's statements.

“Well, I was astonished. For example, I don't know, when I came to the doctor in the Soviet Union, he knew which drugs he should prescribe for me, he didn't ask me. And here she asks me, “What do you think? Perhaps this one?” And she asks me everything else. The first time I was at my doctor she gave me medication for high blood pressure, but my blood pressure didn't decrease. She opened a book in my presence and thumbed through it, and looked for what she needs! Really, that is real! Distrust! It raises distrust immediately.” (Pat_IG)

Some patients see patient participation as the reluctance of doctors to take over the responsibility for their actions.

The Russian-speaking GPs explain this behaviour as being due to socialization in the FSU and expectations of the doctor and patient role resulting from this.

“...because in Russia they were accustomed to being led in every way, well... It was stated what you have to do and where you have to be.” (iGP_NE)

This view is confirmed by the statements of patients about mandatory government-regulated medical prophylaxes in the FSU. Preventive medical check-ups and vaccinations were done at kindergartens, schools and workplaces. With a small number of exceptions, respondents have

a very positive attitude toward the pressure to comply with these measures, despite potential negative consequences.

“We were forced to do it. This was the right system! Nothing like that exists in Germany.” (Pat_OR)

Some patients report they would participate in more preventive medical checkups if they would feel it is necessary and obligatory. Patients commented positively on Disease Management Programs and invitation letters for mammography screening because of the perceived binding nature. One of the immigrant GPs reported the following situation:

“For example, a family with an infant sat here at my surgery, ‘We want to get a consultation. The pediatrician said the child should be vaccinated.’ I said, ‘Then it should be vaccinated’. ‘No’, the paediatrician said, ‘If you want.’ Is it necessary or not?” (iGP_ER)

The reported contradictory attitudes of patients pose a particular challenge to patient orientation and decision making. Physicians have the impression that immigrants more often than natives come with ready-made diagnoses and fixed treatment expectations they believe they need. Often, immigrants demand the prescription of specific drugs “which are prescribed to my neighbour, too” or the original drug instead of generics. Antibiotics especially are “a classic”, and are demanded for the treatment of viral diseases, too. These expectations include prescriptions for applications such as e.g. massages, physiotherapy, hospital treatment, home visits, imaging diagnostics or medical aids for which there is no medical indication. Immigrant physicians report being confronted more with such demands:

“For example ‘But I have hypertension. Take me to a hospital’. It needs time so that this can be clarified diagnostically and treated on an outpatient basis. They have to ‘digest’ it. Or many other illnesses – if they find that the therapy effect did not occur either or their subjective impression of the illness is more difficult, they want to be hospitalized immediately. Even though there is no emergency.” (iGP_AI)

There seems to be a very specific understanding of patient participation. It is not so much a matter of talking to the doctor and finding a consensus, but of getting involved by asserting one's own opinion. If these expectations are disappointed, patients report having changed physicians because he/she did not do what was necessary.

Openness in the consultation

Physician perspective: Immigrants show fewer tendencies to question and to doubt their GPs openly.

"I think immigrants accept the doctor more, they see him in a higher position as our Germans, who are living here. They view things even more critically, I think. While immigrants look up to the doctor more." (nGP_TN)

This is experienced rather negatively, because also the open exchange and discussion are missing, so that the physicians do not know where they really are with the patient at the end of the day.

"So with the Germans, if someone is educated now and younger etc, then he also says that he has read this and that and wants to do this and that. And also indicates that he wants this and that, yes. And with the Russian patients it is the case that they don't actually reveal what they want, but rather then say, yes, they'll do what I say, but then they do not do it, yes. Say one thing and do the other, yes." (iGP_LT)

Physicians experience immigrants as being more reserved in communication than natives, and have the impression that they reveal less of themselves.

"The Russian immigrants are much more reserved. Much more 'closed'." (nGP_IU)

This does not only apply to personal information, but also to treatment-relevant information. It is not always clear what the reason for the visit to the doctor is, although there is no language barrier. Native patients were different in this respect. Several GPs questioned said that native patients compared with immigrants were more concrete in their claims, and were better informed about diseases and the German health care system.

"...this willingness to talk as I know it with German patients that is readiness to talk...And this is not always the case with Russian patients, but in some cases they come and say: 'Yes, I just want to be checked.' (.) Thereby it is concealed or only comes after the second or third or direct inquiries, why he/she is actually having himself/herself checked. No, with German patients it's like this: They come and say 'I have these problems, maybe I can get checked.'" (IT180510_iGP).

The GPs see this as complicating their work because immigrants hold back important information. For example, they rarely tell when they have stopped taking medication on their own or changed the dose. No information is given as to whether other medications are being taken than prescribed.

"Have you taken your blood pressure pills?", "Yes, I took them this morning." "What time?", "Yes, 6:00." I say: "You have a blood pressure of 220/120", "Well, that's okay!" And then I say: "Now tell me honestly, when did you last take blood pressure tablets?", and then they say: "I may have forgotten this morning." So then the lies start and then I check the computer, the last prescription was a year ago. I say, "With all respect, you haven't taken this medication in 3/4 a year!" "But I think I had something prescribed somewhere else." (UI120410_nGP)

Most of the patients interviewed reported using medicines from their country of origin or alternative healing methods (herbs, cupping, tinctures, etc.). Many patients take medication (including antibiotics and analgesics) from home leave. The question of whether they should also discuss this with their attending physician was only answered in the affirmative by a few

From the perspective of the physicians, the following topics of conversation were perceived as taboo: sexuality, partnership problems and addiction disorders, in particular alcohol consumption. With regard to mental disorders, the acceptance of the diagnosis is even more difficult among immigrants than among natives. Especially immigrant physicians have the impression that negative diagnoses such as cancer should be kept away from the patient by their relatives. They attribute this to the socialisation of patients in the country of origin, because it was customary to hide bad diagnoses from the patient until the end, so as not to endanger his hope of recovery. Relatives were informed, however, so that they could make the necessary preparations. Doctors see themselves in a conflict between patient care and the obligation to provide information.

"Please don't tell father he has cancer now, yes." So this is particularly difficult. So all the palliative medicine and Russian patients, that's another hour-long conversation, because our point of view is completely different, yes. Patients don't want education, so as far as relatives are concerned, please, they shouldn't be elucidated." (iGP_NET)

Patient perspective: Open communication also includes information about possible side effects of treatment. On the one hand, such information creates fear and can lead to the rejection of a treatment. On the other hand, such information is regarded as avoiding the assumption of responsibility by the physicians.

"But, you know, what surprised me, they distance themselves from everything, they don't take responsibility. The first time I had bad blood, they had to do a blood transfusion. They gave me a list of two pages of diseases I can get with this blood."

Absolutely all the diseases you can come up with. No, of course... I read all this and I said, no, I don't need a blood transfusion. And I turned it down.” (Pat_IG)

Negative information such this is experienced as a robbery of hope.

“If you’ve been given up on, if you’ve already been diagnosed as incurable. That’s it. That means you’re completely written off. In the FSU, hope was conveyed. You said that... Fight till the last minute. Who knows, a miracle can happen.” (Pat_IB)

Many of the patients have the impression that the physicians do not ask them enough. They reported that the doctors did not make enough effort to find out about their complaints. It is interesting to note that this impression creates defiant behaviour – patients keep information to themselves instead of trying to communicate it to the doctor. These statements indicate a “vicious circle” in which patients and doctors are trapped.

“She doesn’t ask me and I don’t say anything.” (Pat_NN)

A physician not asking specific questions is seen as being not interested in the patient. The physician’s task is to “dig” for information. In addition, the physician has to inform the patient about all possible aspects (rehabilitation measures, vaccinations, other healing methods, aids, applications etc.) on his own initiative, without the patient asking. The principle of “nothing asked, nothing said” is used, which violates the physician’s responsibility.

“Emotionally supportive communication” and “communication about personal circumstances”

The two aspects maintain affective sides of communication. Supporting communication on the part of the physician is understood to mean that the physician is acting supportively, optimistically, and in a well-balanced manner. Conversations about personal circumstances cover topics that are not directly related to the disease but contribute to building relationships

Patient perspective: The patients experience their physicians as very busy and under time pressure. On the one hand, the doctor’s attention suffers as a result. On the other hand many patients feel uncomfortable if they know that many other patients are sitting in the waiting room. They think they are taking away the other patients’ time for their visit to the doctor.

“That the doctors don’t have time to talk to the patient. I have the impression that he’s talking to you, but actually he’s already with another patient. And it goes so fast that you can neither ask a question nor get a reasonable answer.” (Pat_NL)

Asked about their own ideas regarding an “ideal doctor” and about wishes for improvement, the immigrants mentioned aspects of a different nature. Many patients want a physician who takes time for them and does not rush to the next patient. A physician should be really interested in a patient and not in making profit. A physician should want to help and have a share in the life and health of the patient. Some use the term “human attention” to describe this desire. This manifests itself through the friendliness, affection and recognition of the patient as his equal. A physician should also be “strict” so that the patient feels that he is serious about his recommendations.

“First of all, he should love his profession and he should be there with his soul with the patients. So that he really – how can I say it – not that he does it because of the money, but human beings, their lives. That he can explain, talk to you. Sometimes the conversation works better than any medication.” (Pat_EE)

None of the patients said that he/she would like to discuss topics that were not directly related to their current state of health. On the contrary, it was negatively emphasized in relation to native patients that they “spend hours” consulting the doctor and talking to him about trivialities. Long use of the physician is sometimes perceived as impertinence towards others.

“Maybe because we don’t talk much. We have come with something concrete, and everything, we will not inform the doctor about all of the background. And perhaps they all already know each other and everything. And she [German patient] tells the doctor about her mother, about her father, you can hear through the door. And we have come with concrete things, it hurts here, it hurts there.” (Pat_NI)

However, there is a desire that the doctor should understand the entire problem associated with the disease. It is therefore desirable to have an individual approach to the respective patient situation.

Some patients mentioned a different mentality as an additional difficulty in doctor-patient relationship. Patients found it difficult to give specific examples. Rather, it was linked to the experience of the medical context in the country of origin. Many immigrants perceive German physicians as profit-oriented rather than patient-oriented. Doctors in the country of origin are remembered as more patient-centred because they proceeded holistically and were more precise in their examinations. They asked more questions and palpated the patient. Immigrants perceive German physicians as relying too heavily on technology.

“But my impression is that the profit is in the foreground with the German doctors. Because of the circumstances, that they grew up here and money plays a big role here. But for the Russian doctors that doesn’t play a role to such an extent, because they still started their work there. And money didn’t play a role there at all, you know. And even vice versa, those who were thinking of the money were bad people. Psychologically they [Russian physicians] have something completely different in their heads – they understand that they are helping people, no matter what it costs. But here it is more economical than medical.” (Pat_IB)

Physician perspective: Russian-speaking patients are perceived as loyal patients who like to show their gratitude by bringing small gifts. At the same time, the way in which relationships are built up with them is different from native patients. There are several reasons for this. On the one hand, this is due to language skills that make emotional expression more difficult. Moreover, private topics and small talk seem to have little room for interaction.

“The world of emotions cannot be expressed with scraps of language”; “So I don’t have the impression that they are looking for long conversations, but rather quick decisions; “this is done now” and “this also helps.” (nGP_ZS)

Both native and immigrant physicians perceive uncertainty, restraint and mistrust among Russian-speaking patients. The distrust is often rooted in the fear of being discriminated against on the basis of origin, for example, not receiving the necessary treatment. Such mistrust is in fact reported on the side of the patients. Some suspect that the immigrants’ lack of information saves money in the health care system.

“But to the immigrants there is such an attitude that if they don’t know that – blame yourself.” (Pat_EH)

This complicates the establishment of relationships, because patients are experienced as demanding in their treatment expectations. On the other hand this can lead to a change of doctor because the patients feel disadvantaged.

“But partly, what I have just said, they already come then with the formulation: ‘now I want this and that’, yes. Or they say ‘I have that – very bad, very bad.’ It’s this attitude that I mentioned earlier with the penicillin. That is so extreme. They have a proven viral infection, yes – that can be very clearly identified – they insist on an antibiotic ... And I see this insisting almost only in Russian Germans, the Germans do

not. Nope. They come with a fixed opinion and expectation, which then has to be satisfied. I don't know where it comes from". (nGP_UI)

Discussion and conclusions

The aim of this work was to investigate how physicians and patients with Russian-speaking immigrant backgrounds experience primary care interaction. A mixed-methods study was designed to capture the concept of "communication in the intercultural aspect". Our results show that Russian-speaking immigrants show fewer preferences for communication aspects that are essential for shared decision making (*SDM*). In addition, immigrants seem to have fixed ideas of roles and expectations in the medical context. If they are disappointed, mistrust and dissatisfaction arise. The doctors react with helplessness, anger and frustration. Relationship-building is more difficult. Many important aspects remain unspoken and unresolved. The experience of migrating from one country to another and immigrant status seems to play a smaller role or has less impact.

Several possible influencing factors are conceivable. What is striking about the results of KOPRA is that Russian-speaking groups are close to each other and differ from the scores of the German group. Even though immigrants have lived in Germany on average for about 12.6 years, their attitudes are more like those of their home countries. The results confirm the enduring influence of socialisation on the behaviour and expectations of patients in the host country.

When talking about communication, it is essential to consider the "script" according to which it takes place. The term "shared decision making" (*SDM*) has become established in Western countries for one such "script". In the intercultural context, *SDM* finds several barriers: linguistic barriers, a different understanding of illness and health, a different understanding of roles and prejudices (Suurmond and Seeleman 2006).

It was not the aim of the study to check whether *SDM* is implemented in the consultation. We examined whether there was a common basis for this. Our results draw a contrasting perspective of the participants regarding doctor-patient interaction. Physicians see immigrants as demanding, poorly informed, but at the same time rather passive, reserved and not open in their report. Patients often see their physicians as not interested in their recovery. They adhere to this because they see them as asking not enough questions, informing patients insufficiently of their own accord and not offering or even refusing treatment the patients view as necessary. This is where different understandings of roles come into their own. It becomes clear that the

“rules of the game” learned will continue to be rigidly applied on both sides in a new context. Both interaction factors look at their counterparts through the “bias spectacles”, without behaviour being flexibly adapted in the mutual communication events. This leads to incomprehension and dissatisfaction on both sides. *SDM* is hampered by rigid roles, lack of time and contradictory preferences of the participants (Scheibler et al. 2003). In particular, if patients and physicians treating them were socialised differently in medical terms, there can be communicative misunderstandings with consequences for the relationship and course of treatment.

Already in the comparison between native patients and immigrants who had been treated by the German physicians, we found differences in the roles and expectations of the doctor (Bachmann et al. 2014). In contrast to Germans, immigrants expect much more active exploration behaviour on the part of the doctor. Immigrants report more frequently that they have not received the desired or necessary treatment. Compared to the German sample, immigrants experience their doctor as “too professional” in the sense of “distanced” and “cold”. Native patients believed that they could actively influence their health more positively. Immigrants are less caring for themselves than non-immigrants from their country of origin and host country (Bachmann et al. 2015). Our results support findings of other authors. Hamann et al. (2012) showed that patients from East Germany showed less preference for *SDM* than patients from West Germany. The authors concluded that medical socialization had a significant influence on the expectations and behaviour of patients in medical interactions. The results are particularly interesting for our group, as we also compared patients from a former communist society with patients from a western society.

Cognitive and social theories can provide the basis for the possible explanation of different communication preferences and thus different assumptions of *SDM*. Hofstede et al. (2010) propose five cultural dimensions to describe the behaviour of representatives of different cultures, i.e. power distance, uncertainty avoidance, individualism/collectivism, masculinity/femininity, long-term vs. short-term orientation. Meeuwesen et al. (2009) examined the effects of cultural dimensions on communication behaviour in the medical context. High power distances were associated with fixed interaction roles, short consultations, and a low exchange of information. A high uncertainty avoidance resulted in a low level of relationship building. Our study confirms these results. Power distance and uncertainty avoidance are very high in Russia and individualism quite low (Hofstede Insights, 2018).

Medical socialization is conditioned by ideological imprinting. In the FSU, the socialist view of man was materialistic, scientific and physiological. This view was particularly evident in psychiatry and psychotherapy. Human behaviour was seen as a product of the economic and social conditions of society. Accordingly, the core of the treatment was socialization and education (Sonnenmoser 2008). "The Simplified Human Being" was formed not only in the traits of aspiration to create a new human being, but also by the primitive living conditions conditioned by the system of permanent shortage (be it goods, living space, services). He had to obey the power, to be modest or to be satisfied with the little, to live like everyone else or not to stand out, to be transparent (Lewada, 2001). The state thereby appeared as the sole provider and guarantor of social order, and as "a kind of super-institution", which led to the "state-paternalistic orientation of the Soviet human being" (Gestwa, 2013). We found these aspects again in the interviews. Despite a relatively high level of patient education, there is a low preference for *SDM*. This may be due to the lack of discussion culture in the countries of origin. The results show that patients either try to impose their ideas uncompromisingly or shut themselves off if no corresponding initiative is offered by the physicians.

The statements of the study describe a 50+ generation that was socialized at the time of the FSU. This age group was determined deliberately, as chronic diseases are more probable with age, which was decisive for us. However, no statements are made about younger generations, e.g. 20 to 40 year olds. For future investigations it would be interesting to examine significantly younger samples who were socialized differently. Further limitations of the study are that we cannot say which reasons led the participants to participate in the study and whether there is a possible selection bias. With the monetary reward, we tried to prevent the scenario that only people who wanted to make room for their possible frustration with their physician would report to us. The reward had another purpose: to persuade immigrants to participate in the study at all. It is known from other studies that the willingness of immigrants to participate is relatively low. (Bermejo et al. 2012). The strength of this study lies in the data triangulation, country comparisons and, in particular, multilingualism.

Conclusions

The results of our mixed-methods-study indicate that socialisation in the country of origin has an impact even after a long stay in the host country. Thus, immigrants and native Russians were more similar in their attitudes than immigrants and native Germans, although the immigrants had already lived in Germany for more than a decade. Despite the need for

immigrants to adapt to the new living conditions, it should not be forgotten that immigration is an enormous challenge and requires adaptation.

By considering the language and origin components, we conclude from the results that reported differences and difficulties are less due to the barriers in the intercultural context than to the socialization of the patients. Other studies also confirm that knowledge alone does not constitute *SDM* (Joseph-Williams et al. 2014). It is less about not wanting *SDM* than about not being able to participate in *SDM*. Immigrants need more support in a medical context. The authors are aware that the workload of GPs and the time pressure is very high. However, as most studies show, low consideration of the difficulties existing among immigrants leads to poorer treatment outcomes and lower satisfaction on both sides. Anything that is not diverted into fruitful communication can lead to manifestation of the problems described. In doctor-patient interaction, physicians are the active part. Communication is reciprocal, so that the communication partners always react to each other. Conversely, Cegala and Post (2009) have shown that physicians respond in a significantly more patient-centred manner to active patients and vice versa.

References

- Bachmann, V.; Teigeler, K.; Hirsch, O.; Bösner, S.; Donner-Banzhoff, N. (2015): Comparing health-issues of Russian-speaking immigrants, Germans and Russians. *Intl J of Migration, H and SC* 11 (1), S. 45–56.
- Bachmann, V.; Völkner, M.; Bösner, S.; Donner-Banzhoff, N. (2014): The experiences of Russian-speaking migrants in primary care consultations. *Deutsches Arzteblatt international* 111 (51-52), S. 871–876.
- Balabanova, D.; McKee, M.; Pomerleau, J.; Rose, R.; Haerpfer, Ch. (2004): Health service utilization in the former soviet union. Evidence from eight countries. *Health services research* 39 (6 Pt 2), S. 1927–1950.
- Bennett, J.K.; Fuertes, J.N.; Keitel, M.; Phillips, R. (2011): The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient education and counseling* 85 (1), S. 53–59.
- Bermejo, I.; Hölzel, L.P.; Kriston, L.; Härter, M. (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (8), S. 944–953.

- Bernstein, J.H.; Shuval, J.T. (1994): Emigrant physicians evaluate the health care system of the former Soviet Union. *Medical Care* Vol 32 (2), S. 141–149.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013): (Spät-)Aussiedler in Deutschland. Eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse. Forschungsbericht 20.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015): Migrationsbericht 2015.
- Cegala, D.J.; Post, D.M. (2009): The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient education and counseling* 77 (2), S. 202–208.
- Enders, C.K. (2010): Applied missing data analysis. New York: Guilford Publications.
- Farin, E.; Gramm, L.; Kosiol, D. (2011): Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness. *Patient education and counseling* 82 (1), S. 81–88.
- Flores, G.; Laws, M.B.; Mayo, S.J.; Zuckerman, B.; Abreu, M.; Medina, L.; Hardt, E.J. (2003): Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *PEDIATRICS* 111 (1), S. 6–14.
- Gestwa, K. (2013): Der Homo Sovieticus und der Zerfall des Sowjetimperiums. Jurij Levadas unliebsame Sozialdiagnosen. *Zeithistorische Forschungen* 10 (2), S. 331–341.
- Grissom, R.J.; Kim, J.J. (2012): Effect sizes for research. Univariate and multivariate applications. Second edition. New York: Routledge.
- Hamann, J.; Bieber, Ch.; Elwyn, G.; Wartner, E.; Hörlein, E.; Kissling, W. et al. (2012): How do patients from eastern and western Germany compare with regard to their preferences for shared decision making? *European journal of public health* 22 (4), S. 469–473.
- Hirsch, O.; Donner-Banzhoff, N.; Bachmann, V. (2013): Measurement equivalence of four psychological questionnaires in native-born Germans, Russian-speaking immigrants, and native-born Russians. *Journal of transcultural nursing* 24 (3), S. 225–235.
- Hofstede, G.H.; Hofstede, G.J.; Minkov, M. (2010): Cultures and organizations. Software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival. 3rd ed. New York [etc.]: McGraw-Hill.
- Hofstede Insights: Culture CompassTM. Country comparison. online <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/germany/>, 05.11.2018.

- Jahng, K.H.; Martin, L.R.; Golin, C.E.; DiMatteo, M.R. (2005): Preferences for medical collaboration. Patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient education and counseling* 57 (3), S. 308–314.
- Joseph-Williams, N.; Elwyn, G.; Edwards, A. (2014): Knowledge is not power for patients. A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient education and counseling* 94 (3), S. 291–309.
- Krupat, E.; Rosenkranz, S.L.; Yeager, C.M.; Barnard, K.; Putnam, S.M.; Inui, Th.S. (2000): The practice orientations of physicians and patients. The effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient education and counseling* 39 (1), S. 49–59.
- Lewada, J. (2001): [Der sowjetische Mensch": Rekonstruktionsproblem der Ausgangsformen]. *Soziale und wirtschaftliche Veränderung: Beobachtung öffentlicher Meinung* 2 (52), S. 7–16.
- Mayring, Ph. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. 11. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Meeuwesen, L.; van den Brink-Muinen, A.; Hofstede, G. (2009): Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient education and counseling* 75 (1), S. 58–66.
- Moustakas, C. (2010): Phenomenological research methods. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Paternotte, E.; van Dulmen, S.; van der Lee, N.; Scherpbier, A.J.J. A.; Scheele, F. (2015): Factors influencing intercultural doctor-patient communication. A realist review. *Patient education and counseling* 98 (4), S. 420–445.
- Roose, J. (2012): Die quantitative Bestimmung kultureller Unterschiedlichkeit in Europa. *Köln Z Soziol* 64 (2), S. 361–376.
- Rudnikov I. (2015): [Nikolay Semashko the first Soviet People's Commissar of Health-- the founder of health care system of Obrastsov]. *Eksp Klin Gastroenterol* 114 (2), S. 119–123.
- Scheibler, F.; Janen, Ch.; Pfaff, H. (2003): Shared decision making. Ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine* 48 (1), S. 11–23.
- Schouten, B.C.; Meeuwesen, L. (2006): Cultural differences in medical communication. A review of the literature. *Patient education and counseling* 64 (1-3), S. 21–34.

- Sonnenmoser, M. (2008): Reihe Internationale Psychotherapie: Russland – Psychotherapie im Aufbruch. In: *Deutsches Ärzteblatt, PP* (11). online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/62282/Reihe-Internationale-Psychotherapie-Russland-Psychotherapie-im-Aufbruch>.
- Stewart, J. (1995): Russian family physicians try to develop an identity in specialist-oriented country. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 152 (6), S. 959–961.
- Suurmond, J.; Seeleman, C. (2006): Shared decision-making in an intercultural context. Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient education and counseling* 60 (2), S. 253–259.

2.5 WEITERE ERGEBNISSE (ZUSAMMENFASSUNG)

2.5.1 KRANKHEITSKONZEPTE

46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.(DEGAM), Rostock, 2012. V. Bachmann, O. Hirsch, S. Bösner, K.Teigeler, N. Donner-Banzhoff, „Krankheitskonzepte: Gibt es Unterschiede in Symptombewertung und Behandlungsvorstellungen unter russisch-sprachigen Migranten sowie Deutschen und Russen ohne Migrationserfahrung?“

Einen Teil der quantitativen Befragung stellten vier Krankheits-Vignetten dar (s. Anhang). Diese wurden auf der Basis der Ärzteinterviews zusammengestellt. Fragestellung: Unterscheiden sich Deutsche, Russen und Migranten in ihrer Symptombewertung und Behandlungsvorstellungen?

Folgende Beispielaussagen geben Hinweise darauf, dass sich Migranten möglicherweise in der Wahrnehmung und Bewertung von Symptomen von den autochthonen Patienten unterscheiden. Auch lassen sie annehmen, dass andere (Be)Handlungsvorstellungen herrschen könnten.

- Arzt A: „...Und bei den Russlanddeutschen sehr oft, dass das doch bagatellisiert wird, ja. Äh, zumindest, was für uns chronische Krankheit sind, wo wir ein Augenmerk drauf haben, Zucker, äh, Hochdruck, äh, so was, das wird oft bagatellisiert...“
- Arzt B: „...Die sind auch nicht so sensibel gegenüber ihrem Körper, hab ich das Gefühl. Halt eben auch nicht ganz so gesundheits-bewusst halt, wie doch halt eben mehr Deutsche, [...] leben schon gesundheitsbewusster...“
- Arzt C: „...Also, (.), das is ja schon Beispiel so, das is ärgerlich (Lachen), das is ärgerlich, dass man also auch öfters im Dienst, dann auch spät abends wegen banalen Geschichten angerufen wird, wo man eventuell auch auftauchen soll. Wo ich mich dann frage: Mit Fieber und Kopfschmerzen und irgend so 'nem Quatsch...“

Es sind vier Fallvignetten (Abb. 16) konzipiert worden, die Symptomkombinationen darstellen. Die Patienten wurden zum einen nach der Bewertung der Symptome gefragt (drei Antwortmöglichkeiten). Zum anderen nach

eigenem wahrscheinlichem Handeln (fünf Antwortmöglichkeiten) und Behandlungsvorstellungen (sechs Antwortmöglichkeiten).

Was würden Sie tun?	
Im Folgenden sind verschiedene Situationen geschildert. Bitte kreuzen Sie an, was Sie in so einer Situation wahrscheinlich tun oder was Sie für sinnvoll halten würden.	
2. Sie wachen morgens mit stärksten Schmerzen mitten auf der Brust auf. Die Luft ist eng und Sie haben Angst.	
a) Wie würden Sie die Symptome bewerten? <i>(Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)</i>	
Wird schon werden	<input type="checkbox"/>
Es könnte etwas Ernstes sein	<input type="checkbox"/>
Das ist ernst	<input type="checkbox"/>
b) Was würden Sie tun? <i>(Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)</i>	
Ich unternehme nichts	<input type="checkbox"/>
Ich behandle mich selbst	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zum Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zu einem Facharzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ins Krankenhaus / Ich rufe den Notarzt	<input type="checkbox"/>
c) Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	
Es muss nichts gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte Medikamente bekommen	<input type="checkbox"/>
Mein Blut sollte untersucht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte geröntgt werden	<input type="checkbox"/>
Bei mir sollte ein EKG gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte stationär aufgenommen werden	<input type="checkbox"/>

Abbildung 16: Fallvignette 2

Auswertung:

- χ^2 -Tests mit standardisierten Residuen
- Größere Kontingenztabellen mit mehr als 25% der Zellen mit Häufigkeiten unter 5 wurden mit dem Haldane-Dawson-Test analysiert (Bortz *et al.*, 2008)
- Effektgröße: Cramer V (Volker, 2006)
- Mehrfachnennungen wurden mit Configural Frequency Analysis ausgewertet (Krauth, 1993; Eye, 2002)

Ergebnisse:

Vignette 1: „*Sie haben seit 3 Tagen Schnupfen, jetzt kommen ein Husten und eine Temperatur von 38.4°C dazu. Sie fühlen sich schlapp, die letzte Nacht haben Sie kaum ein Auge zugegan.*“

- Wie würden Sie die Symptome bewerten?
 - Die drei Gruppen unterscheiden sich in der Bewertung des Ernstes der Symptome [$\chi^2(df=4)=41.31$, $p<.001$, Cramer V=.25]
 - Deutsche bewerten diese Symptome signifikant häufiger als harmlos (63,9%), Russen viel häufiger als die anderen als ernst (25,3%)
- Was würden Sie tun?
 - Russen würden seltener (12.6%) den Hausarzt konsultieren als Deutsche (48.7%) oder Migranten (53.0%) [Haldane-Dawson-Test $z=19.23$, $p<.0001$; Cramer V=.35].
- Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll?
 - Migranten (50.7%) gaben häufiger an, dass medikamentöse Behandlung sinnvoll wäre ($p<.000001$).

Vignette 2: „*Sie wachen morgens mit stärksten Schmerzen mitten auf der Brust auf. Die Luft ist eng und Sie haben Angst.*“

- Wie würden Sie die Symptome bewerten?
 - Die drei Gruppen unterscheiden sich in der Bewertung des Ernstes der Symptome [$\chi^2(df=4)=16.09$, $p=.003$, Cramer V=.15].
 - Deutsche bewerten diese Symptome signifikant häufiger als ernst, Migranten häufiger als harmlos
- Was würden Sie tun?
 - Die drei Gruppen unterscheiden sich darin, was sie tun würden [$\chi^2(df=10)=64.37$, $p<.001$, Cramer V=.31].
 - Deutsche würden häufiger als Migranten ein Krankenhaus aufsuchen oder einen Notarzt rufen (16,4% vs. 11,3%)

- Russen würden sich häufiger selbst behandeln (17,4% vs. 9,0% der Migranten und 2,5% der Deutschen)
- Russen würden häufiger einen Facharzt aufsuchen (20,9% vs. 9,8% der Migranten und 5,9% der Deutschen)
- Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll?
 - Keine Unterschiede

Vignette 3: *„Sie haben hohen Blutdruck und Ihr Arzt hat Ihnen empfohlen, regelmäßig Tabletten zu nehmen und sich mehr zu bewegen. Es geht Ihnen heute schlecht – Ihnen ist schwindelig und Sie fühlen sich müde.“*

- Was würden Sie tun?
 - Russen würden häufiger Konsultationen in der Sekundärversorgung suchen:
 - Facharzt aufsuchen (16,9% vs. 6,6% der Migranten oder 4,2% der Deutschen)
 - In eine Klinik gehen / Notarzt rufen (15,7% vs. 4,4% der Migranten oder 0% der Deutschen)
- Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll?
 - 38,6% der Russen finden, dass Medikamente sinnvoll wären ($p < .00086$)

Vignette 4: *„Seit Wochen fühlen Sie sich müde und freudlos. Sie schlafen schlecht, da in Ihrem Kopf ständig Gedanken kreisen.“*

- Wie würden Sie die Symptome bewerten?
 - Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht in der Bewertung des Ernstes der Symptome [$\chi^2(df=4)=1.40$, $p=.84$, Cramer $V=.05$]
 - Die meisten bewerten diese als harmlos
- Was würden Sie tun?
 - Die drei Gruppen unterscheiden sich darin, was sie tun würden [Haldane-Dawson-Test $z=8.57$, $p<.001$, Cramer $V=.26$]

- Russen würden sich häufiger selbst behandeln (43,5% vs. 25,2% der Migranten oder 19,3% der Deutschen)
- Russen würden häufiger ein Krankenhaus aufsuchen oder einen Notarzt rufen (8,2% vs. 0,7% der Migranten oder 0,0% der Deutschen)
- Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll?
 - 42.1% der Deutschen und 44.7% der Russen meinten, dass nichts gemacht werden muss [$\chi^2(df=2)=0.15$, $p=.93$, Cramer V=.02]
 - 42,5% der Migranten ($p<.000001$) fanden keine der Optionen sinnvoll

Fazit: Es finden sich Unterschiede sowohl in der Bewertung der Symptome als auch in den unterschiedlichen Vorstellungen über die notwendige Behandlung. Migranten sind zwischen den Russen und Deutschen zu finden, was für die Auswirkung zweifacher medizinischer Sozialisation sprechen kann. Die Ergebnisse der quantitativen Umfrage stützen die subjektive Wahrnehmung der Ärzte. Mit den Befunden können Ergebnisse anderer Studien erklärt werden – von den Deutschen abweichendes Inanspruchnahmeverhalten primärer und sekundärer Versorgung, Compliance und Behandlungsvorstellungen.

2.5.2 FRAGEBOGEN ZU KRANKHEITSANNAHMEN

Der IPQ-R musste aus der Auswertung aufgrund von zu vielen Missings raus genommen werden. Alle drei Teilnehmergruppe scheinen Schwierigkeiten mit der Bearbeitung des Fragebogens gehabt zu haben.

2.6 ABSCHLIEßENDE ÜBERLEGUNGEN

2.6.1 DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND FORSCHUNGSAUSBLICK

In der vorliegenden mehrteiligen „mixed-methods“-Studie wurde das Phänomen „interkulturelle Arzt-Patient-Interaktion“ untersucht. Wir konnten zeigen, dass russischsprachige Migranten und deutsche Patienten den Arzt-Patient Kontakt unterschiedlich erleben. Deutsche Patienten sind mit ihren Hausärzten zufriedener und zeigen geringere Tendenz zum Arztwechsel. Obwohl die beiden Patientengruppen sich in ihren Erwartungen an den Hausarzt nur geringfügig unterscheiden, bestehen offensichtlich Unterschiede in dem Verständnis der Arzt-Patient-Rollen. Das bestätigt sich sowohl im Vergleich zwischen den deutschen und russischsprachigen Migranten aber auch in den Ärzte-Interviews. Ärzte erleben diese Migrantengruppe als eine schwierige Klientel. Sie sehen Unterschiede unter anderem in der Compliance, Forderungen und Offenheit. Dabei spielt eine mögliche Sprachbarriere kaum eine Rolle, wie die Aussagen der Ärzte mit russisch-sprachigem Hintergrund zeigen. Autochthone Ärzte und Ärzte mit russisch-sprachigem Hintergrund erleben Migranten ähnlich. Die quantitativen Daten bestätigen, dass Russen und russisch-sprachige Migranten andere Kommunikations-Präferenzen aufweisen. Auch Kontrollüberzeugen bezüglich der Selbstwirksamkeit auf die Gesundheit sind geringer als bei deutschen Patienten. Ein zusätzliches Ergebnis ist darin zu sehen, dass Migranten ihre Gesundheit subjektiv als schlechter wahrnehmen, obwohl sich keine Unterschiede zwischen den drei Stichproben finden (weder bei somatischen noch psychischen Beschwerden).

Die Befragung der Ärzte bestätigte frühere Befunde, dass Migranten schlechtere Compliance aufweisen, sowohl im Bezug auf Medikamenteneinnahme als auch auf Verhaltensänderung (Bewegung, Ernährung). Die Autorin sieht mindestens zwei Gründe hierfür. Zum einen scheint es an der mangelnden oder gar fehlenden Konkordanz im Bezug auf die notwendige Behandlung zwischen dem Arzt und Patient zu liegen (Vgl. S.11). Zum anderen scheinen Migranten in ihrem Bedürfnis „verstanden zu werden“ (Vgl. S.12) frustriert zu sein, so dass die Behandlungsvorschläge nicht angenommen werden und zu Alternativen oder zu einer weiteren (Arzt-)Suche gegriffen wird. Die Aussagen der Patienten lassen darauf schließen, dass das „affektive“ Handeln der Ärzte (Vgl. S. 14) von den Patienten mit angenommen wird. Viele Patienten berichteten, der

Art würde sich „professionell“ verhalten. Dabei ist keineswegs das „instrumentelle“ Handeln gemeint, sondern die erlebte emotionale Distanzierung (s. Artikel S. 97ff).

Der Ursprung könnte in dem unterschiedlichen Rollenverständnis liegen. Am Beispiel der Exploration seitens der Ärzte und Symptommittteilung seitens der Patienten wird ein kommunikativer Teufelskreis deutlich. Ärzte erwarten, dass Patienten ihr Anliegen und Symptome erschöpfend mitteilen. Patienten erwarten, der Arzt würde „nach Informationen graben“. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den Einstellungen deutscher und russisch-sprachiger Patienten. Die ersten sehen sich selbst in der Verantwortung, dem Arzt so viel wie möglich mitzuteilen. Die zweiten sehen die Verantwortung bei dem Arzt, sich alle notwendigen Informationen zu beschaffen. Das erklärt die Rückzugstendenzen mancher Patienten sowie den berichteten Frust darüber, nicht verstanden zu werden. Dementsprechend könnte es zu fehlender Konkordanz bezüglich der Behandlungsalternativen sowie zum „Einverständnis im Missverständnis“ kommen. Als logische Konsequenz aus dem Umstand sind geringe Erfolgserlebnisse auf beiden Seiten zu erwarten.

Aus den Aussagen der russisch-sprachigen Patienten entsteht der Eindruck einer Erwartung, die Medizin (und somit auch Ärzte) kann und muss das präsentierte gesundheitliche Problem lösen. Das Krankheitskonzept „Allmächtigkeit der Medizin“ ist allerdings schlecht mit chronischen Erkrankungen zu vereinbaren. Eine chronische Erkrankung kann nicht geheilt werden, sondern wird mit medizinischer Hilfe beherrschbar. Es ist zu vermuten, dass eine mögliche Behandlungsoption „zu warten“ deswegen nicht angenommen wird und „etwas auf die Hand“ erwartet wird. Auch die symptomabhängige bzw. „Behandlungsblock“-Medikamenteneinnahme ist wahrscheinlich zum einen durch die frühere medizinische Sozialisation und zum anderen durch den erlebten Misserfolg (z.B. weiteres Bestehen von Hypertonie trotz Medikamenteneinnahme) zu erklären. Das führt dazu, dass die Patienten den Arzt wechseln bzw. zur Sicherheit mehrere Ärzte parallel konsultieren. Dazu kommen wahrscheinlich abweichende Behandlungserwartungen (Vgl. Vignetten S.134ff).

Mangelnde Informiertheit darüber, welche Leistungen bzw. Medikamenten die Krankenkassen übernehmen, führt offensichtlich zum Frust und Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung sowie einem Arztwechsel.

Für die zukünftige Forschung ist es von besonderer Bedeutung den Fokus auf die Schulung bzw. Informiertheit der Patienten zu legen. Das präventive Gesundheitsverhal-

ten der russisch-sprachiger Migranten ist zum einen zu wenig erforscht, zum anderen ist es unklar, wie dieses gefördert werden kann. Aus der eigenen therapeutischen Arbeit mit russisch-sprachigen Migranten kann die Autorin schlussfolgern, dass sportliche Aktivitäten sowie Ernährungsveränderung so gut wie unbekannt sind und nur wenig praktiziert werden. Die negativen Einstellungen wie „das ist peinlich“ oder „was werden die anderen denken“ scheinen tief verankert zu sein. Stattdessen wird zu alternativen Lösungen gegriffen, dessen Nutzen oft fraglich ist. Die Selbstfürsorge hat in dieser Migrantengruppe einen geringen Stellenwert, so dass positiven gesundheitsförderlichen Aktivitäten geringen Wert beigemessen wird.

Ein besonderes Augenmerk soll künftig dem „affektiven“ Handeln der Ärzte in der interkulturellen Kommunikation gelegt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass weniger das „instrumentelle“ Handeln oder sprachliche Barriere ein Problem darstellen, sondern das Gefühl der Patienten, nicht verstanden zu werden.

Auf der Seite der Ärzte wäre wichtig, sich mit dieser Patientengruppe vertraut zu machen und Kommunikationsstrategien zu entwickeln. Zudem zeigen Studien, dass die alleinige Ärzte-Schulung zwar die Zufriedenheit und die Compliance der Patienten erhöht, die Schulungen der Ärzte und der Patienten sich höher und längerfristig auswirken (Haskard *et al.*, 2008).

Eine Forschungsfrage ist aus der Sicht der Autorin nicht hinreichend beantwortet worden – „Mit welchen Kommunikationsformen können russlanddeutsche Patienten erreicht werden?“ Die interviewten Ärzte behelfen sich mit „abschreckenden Beispielen“ und längeren Erklärungen. Die Patienten deuten an, dass sie Informationen bevorzugen, die einen „verpflichtenden“ Charakter aufweisen wie z.B. Einladungen zur Mammographie, DMP-Unterlagen. Viele erwähnten, sie wünschten sich mehr Informationen im Sinne von „was steht mir wann zu“ von den Krankenkassen. Gerne auch in russischer Sprache. Diese Aussagen stützen die Befunde, dass Aussiedler fehlende Informationen als ein bedeutendes Hindernisgrund zur Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten angeben (Bermejo *et al.*, 2012b). Die Schlussfolgerung wäre, kultur- und sprachensitive Informationen für die Zielgruppe auszuarbeiten. Es darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Patientengruppe aus einem Land stammt, indem der Staat als „Superversorger“ aufgetreten ist. Es bestand oft keine Notwendigkeit, etwas selbstständig zu entscheiden, weil vieles gemacht werden musste.

2.6.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DEN KLINISCHEN ALLTAG

Aus den Ergebnissen des Projekts können einige Empfehlungen für den klinischen Alltag abgeleitet werden, die die Arbeit mit (russisch-sprachigen) Migranten positiv beeinflussen könnten. Der Autorin ist es bewusst, dass in den Praxen hoher Zeitdruck und ein noch höheres Arbeitspensum herrschen. Nichts desto trotz kann das Beachten der folgenden Aspekte in der Konsultation hilfreich sein. Die Empfehlung lassen sich grob in die Bereiche der Psychohygiene, Interaktion, subjektives Erleben und Stereotypisierung einordnen, ohne dass eine explizite Gliederung vorgenommen wird.

- Bewusstsein darüber, dass die Patienten mit (russisch-sprachigem) Migrationshintergrund sich oft schämen, fehlerhaftes Deutsch zu sprechen. Sie sind in einem Land sozialisiert worden, wo die Meinung bzw. Bewertung anderer Personen einen sehr hohen Stellenwert hat. Dementsprechend ist ein offensichtlich „fehlerbehaftetes“ Auftreten sehr mit Scham besetzt. Dieser Scham ist mit Rücksicht zu begegnen. Was nicht hilft, ist lauter zu reden. Ungeduld, Gereiztheit, schnelles lautes Reden verunsichert die Patienten noch mehr.
- Es ist anzunehmen, dass (russisch-sprachige) Migranten ein höheres Anspannungsniveau beim Arztbesuch aufweisen als autochthone Patienten. Die Sorge in ihrer Not nicht verstanden zu werden, kann durchaus sehr präsent sein. Das kann dazu führen, dass der Bericht nicht flüssig ist, die Konsultation mehr Zeit beansprucht, so dass auch der Arzt mit Ungeduld reagieren könnte. Was sicherlich der Konsultation nicht förderlich wäre. Daher ist ein sensibler Umgang mit Unsicherheiten und Anspannung notwendig.
- Die Kenntnis darüber, dass die (russisch-sprachigen) Migranten ein aktives und eher dominantes Verhalten seitens des Arztes gewohnt sind und dieses vermutlich auch erwarten. Bei der Exploration kann es hilfreich sein, offene Fragen zu stellen und den Patienten aufzufordern mehr zu berichten. Auch kann es hilfreich sein, gezielt nachzufragen, ob noch andere Beschwerden oder Belastungen wichtig sind. Eine kurze Zusammenfassung der Beschwerden mit dem Angebot diese zu bestätigen oder zu vervollständigen, kann helfen zu klären, ob der Bericht erschöpft ist.
- Prüfung des Verständnisses. Dabei ist die Frage, ob der Patient alles verstanden hat, oft nicht hilfreich. Aus der oben erwähnten Scham und dem Gefühl „ich komme mir dumm vor“ wird diese Frage oft bejaht, ohne dass der Patient tatsächlich alles

verstanden hat. Stattdessen könnte der Arzt den Patienten auffordern, kurz darzustellen, was er verstanden hat.

- Prüfung der Konkordanz. Der Arzt kann den Patienten fragen, was dieser über die vereinbarte Behandlungsalternative denkt und ob diese umsetzbar ist. Sind Bedenken da, sollten diese diskutiert werden.
- Sollte der Arzt auf die Hilfe eines Dolmetschers angewiesen sein, ist darauf zu achten, dass sich das Gespräch nicht zu einem Gespräch über den Index-Patienten ohne seine wirkliche Beteiligung entwickelt. Einige Videos aus der Studie zeigen genau dieses Verhalten. So berichtet ein Mann über seine Frau sehr knapp und recht symptomabwertend, ohne dass die Frau das Gespräch versteht bzw. ihre Sicht schildern kann. Sie wird überhaupt nicht in das Gespräch eingebunden, so dass die Interaktion zwischen zwei Sprachkündigen und nicht zwischen dem Arzt und Patientin stattfindet. Erst als der Arzt kurz das Gesprächszimmer verlässt, versucht die Frau bei dem Mann zu klären, worüber sie gesprochen haben, was der Ehemann aber abwinkt. In so einer Situation ist darauf zu achten, dass der Blickkontakt vorhanden ist und der Patient direkt angesprochen wird. Dolmetscher sind darauf hinzuweisen, dass sie nach Möglichkeit wörtlich übersetzten sollen.
- Der Arzt wird als Fachmann für die Patientengesundheit angesehen, der einen Überblick darüber behält, was notwendig ist. In der Studie aber auch aus der eigenen Praxiserfahrung sind oft Aussagen zu hören wie „Mein Arzt hat mir nicht gesagt, dass ich das (Impfungen, Kur, Check-up, Präventionskurs etc.) machen soll / kann“. Migranten erwarten oft, dass Präventionsangebote von den Ärzten vorgeschlagen werden. Angebote zur Vorsorge sollen den Migranten gezielt genannt werden.
- Dem Beziehungsaufbau sollte bewusst Aufmerksamkeit gewidmet werden. Es ist anzunehmen, dass aufgrund des höheren zeitlichen Aufwandes und sprachlich ärmeren emotionalen Ausdrucks, Interaktion überwiegend krankheitszentriert verlaufen könnte, so dass Beziehungsaufbau durch empathische Bemerkungen, Smalltalk und Humor darunter leiden könnte.
- Informiertheit über das Gesundheitssystem und medizinische Versorgung ist nicht nur unter den Patienten mit Migrationshintergrund oft mangelhaft. Kurze Erklärungen darüber, warum z.B. ein Medikament oder eine Leistung nicht von Kran-

kenkassen übernommen wird, kann Diskriminierungsvorurteile sowie unbegründete Unzufriedenheit auf der Seite der Patienten vorbeugen.

- Soziale Netzwerke sind gute Informationsquellen. Migranten haben allerdings oft schlecht informierte Netzwerke, welche keine oder falsche Informationen bereitstellen. Die Besonderheit der Sozialisation der russisch-sprachigen Migranten besteht darin, dass zum einen die soziale Umgebung eine sehr wichtige Rolle einnimmt - Mundpropaganda hat einen höheren Stellenwert als offizielle Quellen. Zum anderen besteht eine hohe Schwelle, bei offiziellen Stellen in der deutschen Sprache Erkundungen anzustellen. So ist es in vielerlei Hinsicht einfacher, die Nachbarin auf Russisch zu fragen als z.B. bei der Krankenkasse anzurufen. Zusätzlich informieren sich Migranten oft über Medien (insbesondere TV) aus dem Herkunftsland, die aber nicht die Realität des Aufnahmelandes abbilden. Diese Informationen wecken falsche Erwartungen und lassen nicht immer richtige Problemlösungen entstehen. Die Informiertheit der Patienten könnte dadurch gefördert werden, indem gezielt Informationsblätter (auch in russischer Sprache; als Beispiel s. Fußnoten)^{17, 18, 19} ausgegeben oder ausgelegt werden.
- Überforderung durch Komplexität. Auch ist Nennung der Stellen sinnvoll, wo dem Patienten geholfen werden kann (Müttergenesungswerk, Bürgerämter, kirchliche Einrichtungen wie Diakonie oder Caritas, Migrationsdienste etc.), die beim Ausfüllen der Anträge für die Kur, Rente, Behinderungsgrad etc. behilflich sind. Viele Leistungen werden nur deshalb nicht in Anspruch genommen, weil die Vorbereitungen eine Überforderung darstellen.
- „Beikonsum“. Aus der Erfahrung der Studie, dass Patienten oft behandlungsrelevante Informationen nicht offen legen, sollten die Ärzte bewusst nachfragen, was bereits unternommen wurde, um das gesundheitliche Problem zu lösen. Ob Medikamente oder Naturheilmittel neben verschriebenen Medikamenten eingenommen werden. Russisch-sprachige Patienten sind sehr offen den alternativen Behandlungsmethoden und Nahrungsergänzungsmitteln gegenüber. Daher sollte abge-

¹⁷ <https://www.migration-gesundheit.bund.de/de/publikationen/pusskii-russisch/>

¹⁸ <https://www.hilfetelefon.de/ru.html>

¹⁹ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Downloads-Impfkalender/Impfkalender_Russisch.pdf?__blob=publicationFile

klärt werden, ob es nicht zu Wechselwirkungen kommt. Das könnte sich positiv auf die Konkordanz und Compliance auswirken sowie Misserfolge vorbeugen.

- Respektvoller Umgang mit den zur Schulmedizin alternativen oder aus der Heimat bekannten Behandlungsvorstellungen der Patienten. Auch hier können gezielte Exploration und Information helfen. Eine unreflektierte Ablehnung verstärkt das subjektive Erleben der Patienten, nicht ernst genommen zu werden.
- Um ärztlicherseits gewissem Ärger, negativen Attributionen oder Gereiztheit entgegen zu wirken, ist es hilfreich über eigene Kenntnisse und mögliche Stereotypen und Vorurteile zu reflektieren. So wird den Migranten oft „Schlaraffenland-Denken“ unterstellt, obwohl sie vielleicht genau das tun, was sie im Herkunftsland gelernt haben. Beispielaussage eines ärztlichen Interviewpartners: *„Erwartungen, Forderungen - das is ganz klar! Ich mein, das is ja mit allen, die aus weniger entwickelten Ländern kommen, is es halt so, dass das hier das Schlaraffenland is und alles möglich sein soll, muss! Ja, denk ich schon. Also, (.), das is ja schon Beispiel so, das is ärgerlich, das is ärgerlich, dass man also auch öfters im Dienst, dann auch spät abends wegen banalen Geschichten angerufen wird, wo man eventuell auch auftauchen soll. Wo ich mich dann frage: Mit Fieber und Kopfschmerzen und irgend so 'nem Quatsch: Was haben die in Kasachstan gemacht?“. „Genau das.“ „Ge? Was haben die da gemacht?“ „Die haben den Arzt angerufen.“*
- Manche Forderungen der Patienten wie z.B. nach einer Krankenhauseinweisung oder bestimmten Verordnungen wie Medikamente oder Diagnostika können bei einem Arzt den Eindruck entstehen lassen, seine Kompetenzen werden hinterfragt. Das kann Verunsicherung und insbesondere Verärgerung hervorrufen, welche den Beziehungsaufbau und ein empathisches Entgegenkommen deutlich beeinträchtigen können. Im Sinne der Psychohygiene ist es hilfreich sich über die medizinische Sozialisation der Patienten bewusst zu werden. Denn im Herkunftsland bestand oft die Notwendigkeit Leistungen „rauszuprügeln“. Zudem waren die Hausärzte auf der untersten Versorgungsstufe angesiedelt. Den Klinikärzten wurden höhere Qualifikationen zugeschrieben, was in der FSU auch durch die Qualifikationskategorien unterstrichen wurde. Außerdem kennen sich die meisten Migranten schlecht mit den Versorgungsstrukturen aus.

2.6.3 BEWERTUNG DES PROJEKTS

Die im Vorfeld der Untersuchung formulierten Forschungsfragen konnten operationalisiert und ausführlich beantwortet werden. Wie bereits in dem einleitenden Abschnitt erwähnt wurde die Patienten-Gruppe mit russisch-sprachigem Hintergrund bisher nur wenig beachtet. Einer der Gründe ist sicherlich in der besonderen Stellung dieser Menschen in Deutschland zu sehen. Die meisten von ihnen kommen als „Deutsche nach Deutschland“, so dass vermutlich auch die Erwartungen an ihr Alltagsverhalten eher dem Verhalten der Einheimischen entsprechen. Es wird in der Literatur zunehmend über muslimische Patienten und die Besonderheiten der Betreuung berichtet, z. B. Verhaltensregel im Umgang mit muslimischen Frauen oder Medikamenteneinnahme während des Ramadans etc. Auch ist ein großes Thema das *health literacy* und Analphabetismus. Die russisch-sprachigen Patienten sind aber nicht offensichtlich „anders“: die meisten sind gut gebildet, Analphabetismus ist so gut wie nicht existent, sie kommen aus einem weit entwickelten Land. Und nichts desto trotz, wie die vorliegende Arbeit zeigt, bestehen Sozialisationsunterschiede, die die medizinische Interaktion stark beeinflussen können.

Die Studie hat einige Limitation. So können die Ergebnisse der Gesamtstudie nicht auf die jüngere Migrantengeneration (unter Vierzigjährige) übertragen werden. Die Studie macht keine Aussagen über die Migranten, die als Kinder nach Deutschland gekommen sind. Auch haben wir keine Teilnehmer mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne (Nachkommen von Migranten ohne eigene Migrationsgeschichte). Dies wurde allerdings bewusst in Kauf genommen, um den methodischen Anforderungen migrantensensibler Forschung gerecht zu werden (s.o.). Auch dürfen nur allgemeine Ergebnisse wie die Rolle der früheren Sozialisation auf die anderen Migrantengruppen übertragen werden. Die Ergebnisse werden als spezifisch für „FSU-Migranten in erster Generation“ verstanden. Es sind weitere Studien notwendig, die unterschiedliche Migrantengruppen untersuchen, um beurteilen zu können, ob sich die gefundenen Unterschiede mit der Aufenthaltsdauer bzw. in der 2. Migrantengeneration wiederfinden.

Weitere Einschränkung entstand durch den zeitlichen Rahmen. So konnten Videoaufnahmen nicht rechtzeitig ausgewertet werden. Dadurch fehlt eine weitere Perspektive auf die Daten. Diese soll noch nachgeholt werden.

Insgesamt können die Planung, Durchführung und die gewonnenen Erkenntnisse des Gesamtprojekts positiv und als aufschlussreich bewertet werden. Es wurde den methodischen Anforderungen der migrationssensiblen Forschung Rechnung getragen (Schenk und Neuhauser, 2005). Ein einheitlicher Migrationsbegriff wurde operationalisiert und dadurch eine homogene Zielgruppe erreicht – russisch-sprachige Migranten, die selbst aus der Früheren Sowjetunion nach Deutschland emigriert sind bzw. „FSU-Migrant in erster Generation“. Um zu verhindern, dass aufgrund von besseren Deutschkenntnissen nur gut integrierte Migranten an der Studie teilnehmen, wurde es den Teilnehmern ermöglicht, sich zwischen zwei Sprachen – Deutsch und Russisch – zu entscheiden. So konnte erreicht werden, dass auch Personen, die angegeben haben, dass sie sich im Alltag nicht trauen Deutsch zu sprechen, an der Studie teilgenommen haben. Es wurde eine ausreichend große Migrantenbeteiligung erreicht. Die eingesetzten Befragungsinstrumente erzielten die notwendige Messäquivalenz, um im interkulturellen Kontext eingesetzt zu werden. Auch hier wurde den Anforderungen durch die Sprachauswahl entsprochen. Des Weiteren konnten Migranten auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden: über Ärzte, online, Aushänge sowie nach dem Schneeballprinzip. So konnten wir unterschiedliche Altersgruppen in die Untersuchung einbeziehen. Da bei Migranten eine relativ hohe Teilnahmeschwelle beobachtbar ist, konnten wir uns dynamisch an die Wünsche oder Sorgen der Teilnehmer anpassen, um ihnen die Teilnahme zu ermöglichen. Studienkandidaten konnten sich zusätzliche Informationen in russischer Sprache einholen, alle Informationen erfolgten zweisprachig. Auch konnten die Teilnehmer entscheiden, wo sie interviewt werden wollen. Die meisten haben sich für ihr eigenes Zuhause entschieden.

Weitere Stärken der Studie sind in ihrer Vielfältigkeit zu sehen. Der Kenntnis nach ist die Studie in ihrem Aufbau und Umfang in Deutschland einmalig. Es ist gelungen, unterschiedliche Perspektiven eines Phänomens zu erfassen, indem verschiedene Datenquellen und -arten verwendet wurden.

Auch konnten der transpsychiatrischen Fragestellung entsprochen werden, indem zum einen drei Gruppen verglichen wurden (Deutsche, Migranten, Russen). Zum anderen durch die Interviews autochthoner Ärzte und Ärzte aus der FSU. So konnte geschlossen werden, ob ein Ergebnis eher Migrations- oder Sozialisationsspezifisch ist. Auch wurden dadurch mögliche Vorurteile, Stereotypen und sprachliche Komponente kontrolliert.

3. LITERATUR

- Angermeyer, M.C., Kenzine, D.V., Korolenko, T.P., Beck, M., Matschinger, H. (2004), "Vorstellungen der Bewohner der Stadt Nowosibirsk über psychische Erkrankungen. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung", *Psychiatrische Praxis*, 31(2), 90–95.
- Bauer, S. (2014), "Lenin spannt aus. Alexander Sinowjews »Homo sovieticus« – eine mehrfache Provokation", *Zeithistorische Forschungen*, 11(3), 485–492.
- Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M.W., Feuerstein, C., Bass, E.B., Powe, N.R., Cooper, L.A. (2005), "Cultural competence. A systematic review of health care provider educational interventions", *Medical Care*, 43(4), 356–373.
- Becher, H., Razum, O., Kyobutungi, C., Laki, J., Ott, J.J., Ronellenfitsch, U., Winkler, V. (2007), "Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion - Ergebnisse einer Kohortenstudie", *Dtsch Arztebl*, 104(23), A1655-A1661.
- Bensing, J., Schreurs, K., Rijk, A.D. (1996), "The role of the general practitioner's affective behaviour in medical encounters", *Psychology & Health*, 11(6), 825–838.
- Berger, B., Lenz, M., Mühlhauser, I. (2008), "Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung?", *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(5), 299–306.
- Bergmann, E., Kalcklösch, M., Tiemann, F. (2005), "Inanspruchnahme des Gesundheitswesens Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003", *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 48(12), 1365–1373.
- Bermejo, I., Hölzel, L.P., Kriston, L., Härter, M. (2012a), "Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen", *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(8), 944–953.

- Bermejo, I., Nicolaus, L., Kriston, L., Hölzel, L., Härter, M. (2012b), "Vergleichende Analyse psychosomatischer Beschwerden bei Personen mit spanischem, italienischem, türkischem und russischem Migrationshintergrund", *Psychiatrische Praxis*, 39(4), 157–163.
- Bernstein, J.H., Shuval, J.T. (1994), "Emigrant physicians evaluate the health care system of the former Soviet Union.", *Medical Care*, 32(2), 141–149.
- Betancourt, J.R. (2003), "Cross-cultural medical education. Conceptual approaches and frameworks for evaluation", *Academic medicine journal of the Association of American Medical Colleges*, 78(6), 560–569.
- Bhopal, R., Vettini, A., Hunt, S., Wiebe, S., Hanna, L., Amos, A. (2004), "Review of prevalence data in, and evaluation of methods for cross cultural adaptation of, UK surveys on tobacco and alcohol in ethnic minority groups", *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7431), 76.
- Bolten, J., "(1997) Interkulturelle Wirtschaftskommunikation.", in *Walter, R. (Hrg.) Wirtschaftswissenschaften. Paderborn: Schöningh.*, 469–497.
- Bortz, J., Lienert, G.A., Boehnke, K. (2008), "Analyse von Rangdaten", in *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik, Springer-Lehrbuch*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 197–294.
- Brucks, U., Wahl, W.B., "(2003) Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. I", 15–33.
- Bulgakov, M. (1989), *Master i Margarita: Roman, Klassiki i sovremenniki*, Hudžestvennaja literatura, Moskva.
- Bullinger, M., Schmidt, S., "(2009) Interkulturelle Lebensqualitätsforschung.", in *F. A. Muthny & I. Bermejo, (Hrsg.) Interkulturelle Medizin –Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen(39-56). Köln: Deutscher-Ärzteverlag.*, 39–56.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015), *Migrationsbericht 2015*.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018), *Das Bundesamt in Zahlen 2017: Asyl*.
- Bungartz, J., Joos, S., Steinhäuser, J., Szecsenyi, J., Freund, T. (2011), "Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft",

- Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(11), 1179–1186.
- Butler, J., Albrecht, N.-J., Ellsäßer, G., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J., Weilandt, C. (2007), "Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises "Migration und öffentliche Gesundheit"", *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(10), 1232–1239.
- Charles, C., Whelan, T., Gafni, A. (1999), "What do we mean by partnership in making decisions about treatment?", *BMJ*, 319(7212), 780–782.
- Cheraghi-Sohi, S., Bower, P., Mead, N., McDonald, R., Whalley, D., Roland, M. (2006), "What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual 'map' of patient preferences", *Health expectations an international journal of public participation in health care and health policy*, 9(3), 275–284.
- Cronauer, C.K., Schmid Mast, M. (2010), "Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient", *Die Rehabilitation*, 49(5), 308–314.
- DEGAM (2002), "Fachdefinition. Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002", available at: <http://www.degam.de/fachdefinition.html> (accessed 30 January 2018).
- Deppermann, A. (2008), *Gespräche analysieren: Eine Einführung*, 4th ed., VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, Wiesbaden.
- Destatis (2017), *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2016 –, Fachserie 1 Reihe 2.2*, Wiesbaden.
- Ditte, D., Schulz, W., Schmid-Ott, G. (2006), "Einstellung gegenüber der Psychotherapie in der russischen Bevölkerung und in der Bevölkerung mit einem russischen/sowjetischen kulturellen Hintergrund in Deutschland. Eine Pilotstudie", *Der Nervenarzt*, 77(1), 64–72.
- Donner-Banzhoff, N., Bösner, S. (Hrg.)(2013), *Innovationen verbreiten, optimieren und evaluieren*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.

- Donner-Banzhoff, N., Hertwig, R. (2014), "Inductive foraging. Improving the diagnostic yield of primary care consultations", *The European journal of general practice*, 20(1), 69–73.
- Egger, J.W. (2008), "Grundlagen der "Psychosomatik" - Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis.", *Psychologische Medizin*, 19(2), 12–22.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., Barry, M. (2012), "Shared decision making. A model for clinical practice", *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361–1367.
- Ernst, J., Brähler, E., Weißflog, G. (2014), "Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen--ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren", *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)*, 76(4), 187–192.
- Eye, A.v. (2002), *Configural frequency analysis: Methods, models, and applications*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
- Farin, E. (2010), "Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten. Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen", *Die Rehabilitation*, 49(5), 277–291.
- Farin, E., Gramm, L., Kosiol, D. (2011), "Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness", *Patient education and counseling*, 82(1), 81–88.
- Ferber, L. von, Köster, I., Celayir-Erdogan, N. (2003), "Türkische und deutsche Hausarzt-patienten--Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen", *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)*, 65(5), 304–311.
- Flick, U. (2008), *Triangulation: Eine Einführung, Qualitative Sozialforschung*, Vol. 12, 2. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Frederiksen, H.B., Kragstrup, J., Dehlholm-Lambertsen, G. (2009), "It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice", *BMC family practice*, 10, p. 47.

- Friedenberg, D.S. (1987), "Soviet health care system", *Western Journal of Medicine*, 147(2), 214–217.
- Fung, C.S.C., Mercer, S.W. (2009), "A qualitative study of patients' views on quality of primary care consultations in Hong Kong and comparison with the UK CARE Measure", *BMC family practice*, 10, p. 10.
- Gestwa, K. (2013), "Der Homo Sovieticus und der Zerfall des Sowjetimperiums. Jurij Levadas unliebsame Sozialdiagnosen", *Zeithistorische Forschungen*, 10(2), 331–341.
- Glaesmer, H., Deter, H.C. (2002), "Geschlechtsspezifische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit - Verschreiben Ärzte häufiger Medikamente als Ärztinnen? -", *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52(9-10), 386–391.
- Glattacker, M., Bengel, J., Jäckel, W.H. (2009), "Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-Revised", *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(4), 158–169.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (op. 2001), *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*, 5. Aufl., Hogrefe, Göttingen.
- Grützmann, T., Rose, C., Peters, T. (2012), "Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis", *Ethik in der Medizin*, 24(4), 323–334.
- Gün, A.K. (2007), *Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie: Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten*, Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Gün, A.K. (2011), "Berücksichtigung von Familienstrukturen bei der präventiven und therapeutischen Arbeit am Beispiel türkisch-islamischer Familie", in *Dokumentation der Tagung mit Expertinnen und Experten. BZgA, Köln*.
- Haes, H. de, Bensing, J. (2009), "Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes", *Patient education and counseling*, 74(3), 287–294.
- Hall, J.A., Roter, D.L. (2002), "Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review", *Patient education and counseling*, 48(3), 217–224.
- Harfst, T., Ghods, C., Mösko, M., Schulz, H. (2009), "Erfassung von positivem Verhalten und Erleben bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in

- der Rehabilitation--der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen (HSF)”, *Die Rehabilitation*, 48(5), 277–282.
- Hasin, D., Rahav, G., Meydan, J., Neumark, Y. (1999), “Drinking patterns of recent Russian immigrants and other Israelis. 1995 national survey results”, *Journal of Substance Abuse*, 10(4), 341–353.
- Haskard, K.B., Williams, S.L., DiMatteo, M.R., Rosenthal, R., White, M.K., Goldstein, M.G. (2008), “Physician and patient communication training in primary care. Effects on participation and satisfaction”, *Health psychology official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(5), 513–522.
- Haug, S., Wolf, M. (2007), *Soziodemographische Merkmale, Berufsstruktur und Verwandtschaftsnetzwerke jüdischer Zuwanderer: Working Paper 8*.
- Hölzel, L.P., Ries, Z., Zill, J.M., Kriston, L., Dirmaier, J., Härter, M., Bermejo, I. (2014), “Development and testing of culturally sensitive patient information material for Turkish, Polish, Russian and Italian migrants with depression or chronic low back pain (KULTINFO). Study protocol for a double-blind randomized controlled trial”, *Trials*, 15, p. 265.
- Isralowitz, R., Reznik, A., Spear, S.E., Brecht, M.L., Rawson, R.A. (2007), “Severity of heroin use in Israel. Comparisons between native Israelis and former Soviet Union immigrants”, *Addiction (Abingdon, England)*, 102(4), 630–637.
- Jahns, L., Baturin, A., Popkin, B.M. (2003), “Obesity, diet, and poverty. Trends in the Russian transition to market economy”, *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(10), p. 1295.
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P., Beighton, A. (2007), “Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care. A qualitative study”, *PLoS medicine*, 4(11), e323.
- Kaucher, S., Deckert, A., Becher, H., Winkler, V. (2017), “Migration pattern and mortality of ethnic German migrants from the former Soviet Union. A cohort study in Germany”, *BMJ open*, 7(12), e019213.
- Kazin, V. (2006), “Untersuchung an opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen männlichen, Russlanddeutschen Spätaussiedlern. Eine retrospektive Vergleichstudie”, Dissertation, Medizinischen Fakultät, LMU, München, 26 October.

- Kirkcaldy, B.D., Siefen, R.G., Merbach, M., Rutow, N., Brähler, E., Wittig, U. (2007), "A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans", *Psychology, health & medicine*, 12(3), 364–379.
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, R.G., Wittig, U., Schüller, A., Brähler, E., Merbach, M. (2005), "Health and emigration. Subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants", *Stress and Health*, 21(5), 295–309.
- Kirmayer, L.J., Groleau, D. (2001), "Affective disorders in cultural context", *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 465–478.
- Kleinman, A., Benson, P. (2006), "Anthropology in the clinic. The problem of cultural competency and how to fix it", *PLoS medicine*, 3(10), e294.
- Koch, E., Müller, M.J. (2007), "Migranten leiden lieber somatisch. Psychische Erkrankungen werden oft verneint", *MMW Fortschritte der Medizin*, 149(42), 30–32.
- Kornischka, J., Assion, H.-J., Ziegenbein, M., Agelink, M.W. (2008), "Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern", *Psychiatrische Praxis*, 35(2), 60–66.
- Krauth, J. (1993), *Einführung in die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA): Ein multivariates nichtparametrisches Verfahren zum Nachweis und zur Interpretation von Typen und Syndromen*, Beltz Psychologie-Verl.-Union, Weinheim.
- Kronenthaler, A., Hiltner, H., Eissler, M. (2014), "Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis--Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner", *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 76(7), 434–439.
- Kuckartz, U. (2008), *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*, 2., aktualisierte Aufl., VS, Verl. für Sozialwiss, Wiesbaden.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., Stefer, C. (2008), *Qualitative Evaluation*, 2., aktualisierte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, Wiesbaden.
- Kundera, M. (2012), *Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins: Roman*, 12. Aufl., Hanser, München.

- Kürschner, N., Weidmann, C., Müters, S. (2011), "Wer wählt den Hausarzt zum "Gatekeeper"? Eine Anwendung des Verhaltensmodells von Andersen zur Beschreibung der Teilnahme an Hausarztmodellen in Deutschland", *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(2), 221–227.
- Lewada, J. (2001), "[Der sowjetische Mensch": Rekonstruktionsproblem der Ausgangsformen]", *[Soziale und wirtschaftliche Veränderung: Beobachtung öffentlicher Meinung]*, 2(52), 7–16.
- Leydon, G.M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., McPherson, K. (2000), "Cancer patients' information needs and information seeking behaviour. In depth interview study", *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7239), 909–913.
- Linden, M., Nather, J., Wilms, H.U. (1988), "Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten", *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 56(2), 35–43.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002), *PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual und Testunterlagen*, 2. Auflage, Pfizer, Karlsruhe.
- Machleidt, W. (2002), "Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland", *Der Nervenarzt*, 73(12), 1208–1212.
- Marcinowicz, L., Chlabicz, S., Grebowski, R. (2009), "Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors. Primary dimensions and an attempt at typology", *BMC health services research*, 9, p. 63.
- Marx, G., Wollny, A. (2009), "Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung", *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(3), 105–113.
- Matoba, K., Scheible, D.H. (2007), "Interkulturelle und transkulturelle Kommunikation.", available at: https://www.idm-diversity.org/files/Working_paper3-Matoba-Scheible.pdf.
- Mayring, P. (2010), *Qualitative Inhaltsanalyse*, 11., aktualisierte und überarb. Aufl., Beltz, Weinheim.

- McKinstry, B. (2000), "Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes", *BMJ*, 321(7265), 867–871.
- Mielck, A. (1993), *Krankheit und soziale Ungleichheit: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Möske, M. (2018), "Interkulturelle Trainings als Baustein der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung", *Nervenheilkunde*, 33(6), 445–450.
- Moustakas, C. (2010), *Phenomenological research methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, Calif.
- Neises, M.; Ditz, S. Spranz-Fogasy, T. (2005) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart*.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A.J.J.A., Scheele, F. (2015), "Factors influencing intercultural doctor-patient communication. A realist review", *Patient education and counseling*, 98(4), 420–445.
- Paton, C.R. (1989), "Perestroika in the Soviet Union's health system", *BMJ*, 299(6690), 45–46.
- Pendleton, D.A., Bochner, S. (1980), "The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class", *Social science & medicine. Medical psychology & medical sociology*, 14A(6), pp. 669–673.
- Rahav, G. (1999), "Drinking patterns of recent Russian immigrants and other Israelis. 1995 national survey results", *American journal of public health*, 89(8), 1212–1216.
- Räker, M. (2017), "Die hausarztzentrierte Versorgung", in Räker, M. (Ed.), *Entwicklung und Wandel der hausarztzentrierten Versorgung*, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, pp. 69–90.
- Rao, J.K., Anderson, L.A., Inui, T.S., Frankel, R.M. (2007), "Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients. A systematic review of the evidence", *Medical Care*, 45(4), 340–349.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H., Ronellenfitsch, U. (2004), "Gesundheitsversorgung von Migranten", *Dtsch Arztebl*, 101(43), A-2882 / B-2439 / C-2326.

- Reese, D.J., Beckwith, S.K. (2015), "Organizational Barriers to Cultural Competence in Hospice", *The American journal of hospice & palliative care*, 32(7), 685–694.
- Reineke, S., Spranz-Fogasy, T. (2013), "Arzt-Patient-Kommunikation. Allgemeine Merkmale und Besonderheiten bei Brustkrebspatienten", in Nittel, D., Seltrecht, A. (Hrg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 443–454.
- Reiss, K., Spallek, J., Razum, O. (2010), "'Imported risk" or "health transition"? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany - analysis of microcensus data", *International Journal for Equity in Health*, 9(15).
- Rogers, E.M., Kincaid, D.L. (1981), *Communication networks: Toward a new paradigm for research*, Free Press, New York.
- Rosén, P., Anell, A., Hjortsberg, C. (2001), "Patient views on choice and participation in primary health care", *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 55(2), 121–128.
- Roter, D., Lipkin, M., Korsgaard, A. (1991), "Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits", *Medical Care*, 29(11), 1083–1093.
- Rudnikov I. V. (2015), "[Nikolay Semashko the first Soviet People's Commissar of Health-- the founder of health care system of Obrastsov].", *Eksp Klin Gastroenterol*, 114(2), 119–123.
- Ryan, M. (1986), "Morale among Soviet doctors", *BMJ*, 292(6533), 1451–1452.
- Ryan, M. (1987), "Remuneration of Soviet medical personnel", *BMJ*, 294(6583), 1340–1341.
- Sachse, R. (2016), *Therapeutische Beziehungsgestaltung*, Hogrefe.
- Schaefer, U., Bischoff, C. (2002), "Qualitative Analyse subjektiver Krankheitskonzepte - Erstellung und Validierung eines Kategoriensystems für den Fragebogen zum Krankheitskonzept", *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52(9-10), 398–407.

- Schenk, L., Neuhauser, H. (2005), "Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie", *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 48(3), 279–286.
- Schlögel, K. (2017), *Das sowjetische Jahrhundert: Archäologie einer untergegangenen Welt*, Edition der Carl Friedrich von Siemens Stiftung, 1. Auflage, Beck, C H, München.
- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M.C. (2015), "Versorgung von Migranten", *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(12), 476- 485.
- Schouten, B.C., Meeuwesen, L. (2006), "Cultural differences in medical communication. A review of the literature", *Patient education and counseling*, 64(1-3), 21–34.
- Schröder, H. (2010), "Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion", available at: http://www.igm-bosch.de/content/language1/downloads/7_Schroeder_Arzt_Patient_Interaktion.pdf.
- Scott, N.W., Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bottomley, A., Graeff, A. de, Groenvold, M., Gundy, C., Koller, M., Petersen, M.A., Sprangers, M.A.G. (2010), "Differential item functioning (DIF) analyses of health-related quality of life instruments using logistic regression", *Health and quality of life outcomes*, 8, p. 81.
- Seeleman, C., Suurmond, J., Stronks, K. (2009), "Cultural competence. A conceptual framework for teaching and learning", *Medical education*, 43(3), 229–237.
- Sergeeva, A. (2012), *Russkie: Stereotipy povedeniiã, traditsii, mental'nost'*, 8-e izdanie, Flinta; Nauka, Moskva.
- Sieverding, M., Kendel, F. (2012), "Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion", *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(9), 1118–1124.
- Simmenroth-Nayda, A., Lohnstein, M., "Arzt-Patient-Kommunikation", in *Kochen, M. M. (2012). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 4. Auflage*, pp. 147–154.
- Sonnenmoser, M. (2008), "Reihe Internationale Psychotherapie: Russland – Psychotherapie im Aufbruch", *Deutsches Ärzteblatt, PP*, 11.

- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012), "Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models", *BMC public health*, 12, p. 80.
- Spallek, J., Razum, O. (2007), "Gesundheit von Migranten. Defizite im Bereich der Prävention", *Medizinische Klinik (Munich, Germany 1983)*, 102(6), 451–456.
- Spranz-Fogasy, T., "Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen", in Neises, M; Ditz, S. Spranz-Fogasy, T. (2005) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart*, pp. 17–47.
- Stewart, M. (1984), "Patient Characteristics Which are Related to the Doctor-Patient Interaction", *Family Practice*, 1(1), 30–36.
- Stewart, M. (2001), "Towards a global definition of patient centred care", *BMJ*, 322(7284), 444–445.
- Tantam, D.(2007), "Therapist-patient interactions and andexpectations.", in Bhugra D, Bhui K (Hrsg) *Textbook of cultural psychiatry. CambridgeUniversityPress, Cambridge*.
- Teal, C.R., Street, R.L. (2009), "Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter. A review and model", *Social science & medicine (1982)*, 683, 533–543.
- Verheul, W., Sanders, A., Bensing, J. (2010), "The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies", *Patient education and counseling*, 80(3), 300–306.
- Volker, M.A. (2006), "Reporting effect size estimates in school psychology research", *Psychology in the Schools*, 43(6), 653–672.
- Walsh, S., O'Neill, A., Hannigan, A., Harmon, D. (2019), "Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations", *Irish journal of medical science*.
- Whitehead, M. (1991), *Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit*, Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.
- Woellert, F., Kröhnert, S., Sippel, L., Klingholz, R. (2009), *Ungenutzte Potentiale: Zur Lage der Integration in Deutschland*.

- WONCA EUROPE 2011 Edition, *The European Definition of General Practice / Family Medicine*.
- Worbs, S., Bund, E., Kohls, M., Babka von Gostomski, C. (2013), *(Spät-)Aussiedler in Deutschland: Eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse*, Forschungsbericht 20, Vol. 2013.
- Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003), "Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse", *Deutsches Ärzteblatt*, 100(18), A1179-A1181.
- Yim, C.K., Shumate, L., Barnett, S.H., Leitman, I.M. (2018), "Health literacy assessment and patient satisfaction in surgical practice", *Annals of medicine and surgery* (2012), 35, 25–28.
- Zinov'ev, A.A. (1987), *Homo sovieticus: Roman, Diogenes-Taschenbuch*, Vol. 21458, Diogenes, Zürich.

4. ANHANG

4.1 ÜBERSICHT DER VORTRÄGE UND VERÖFFENTLICHUNGEN

2009

Workshop „Interkulturelle Medizin: Spätaussiedler in der Hausarztpraxis“, 24./25. März, Marburg

DGPPN, Berlin: V. Bachmann, Transkulturelle Medizin: Spätaussiedler in der hausärztlichen Praxis.

DGPPN, Berlin: Poster „Interkulturelle Medizin: Russisch-sprachige Migranten beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung der Ärzte.“ V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff

2010

DEGAM, Dresden: K. Teigeler, V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum. Interkulturelle Medizin: Ergebnisse einer quantitativen Online- und Briefumfrage unter Deutschen, russisch-sprachigen Migranten und Russen.

DEGAM, Dresden: V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum. Interkulturelle Medizin: Russisch-sprachige Migranten beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung der Ärzte.

DEGAM, Dresden: V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum. Interkulturelle Medizin: Erwartungen und Erfahrungen chronisch kranker Patienten mit dem russischsprachigen Migrationshintergrund beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung.

DEGAM, Dresden: 3. Poster-Preis „Interkulturelle Medizin: Erwartungen und Erfahrungen chronisch kranker Patienten mit russisch-sprachigem Migrationshintergrund beim Hausarzt.“ V. Bachmann, S.Bösner, N. Donner-Banzhoff

2011

1. Internationaler Kongress Psychosoziale Gesundheit zwischen Ost und West, Nürnberg: V. Bachmann, Der „Russische Patient“: Ergebnisse einer „mixed-methods“-Studie.

Bachmann, V., Teigeler, K., Hirsch, O., Bösner, S., Baum, E., Donner-Banzhoff, N. Hausärztliche Versorgung von Migranten: Kommunikationspräferenzen russisch-sprachiger Migranten vor dem Hintergrund in den Herkunftsländern erfahrener Sozialisation. In: 45. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Forum Medizin 21. Salzburg, 22.-24.09.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11fom076. DOI: 10.3205/11fom076, URN: urn:nbn:de:0183-11fom076

Bachmann, V., Völkner, M., Bösner, S., Baum, E., Donner-Banzhoff, N. Interkulturelle Medizin: Erwartungen und Erfahrungen chronisch kranker Patienten beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. In: 45. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Forum Medizin 21. Salzburg, 22.-24.09.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11fom064. DOI: 10.3205/11fom064, URN: urn:nbn:de:0183-11fom0640

DGPPN, Berlin: Interkulturelle Kommunikation. Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Kommunikation. V. Bachmann

2012

CULT 2012, Dortmund: V. Bachmann, Arzt-Patient-Interaktion im transkulturellem Kontext.

DEGAM, Rostock. V. Bachmann, O. Hirsch, S. Bösner, K. Teigeler, N. Donner-Banzhoff. „Hausärztliche Versorgung von Migranten: Gibt es Unterschiede in den Krankheitskonzepten?“

Herrmann, M., Bachmann, V., Schwantes, U., Topsever, P. (2012). Kapitel 14 Ausländische Patienten. In Kochen, M.M. (Hrsg.), Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Thieme, 4. Auflage, 166-175.

2013

Kongress „Mentale Gesundheit in Deutschland und Russland: Initiative für Klinik und Forschung“, St. Petersburg, Russland: V. Bachmann, [„Russisch-sprachige Migranten im Kontext primärer medizinischer Versorgung“]

2. Wissenschaftlicher Kongress "Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft", Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf ,13. 11.2013, Düsseldorf; Schwerpunkt: „Armut, Arbeitslosigkeit und Co... Gelebte Familienmedizin als Antwort auf gesellschaftliche Problemlagen“, V. Bachmann, „Migration, Gesundheit und Familie“.

2015

121. DGIM Kongress, Mannheim: V. Bachmann, „Erfahrungen von russisch-sprachigen Migranten beim Hausarzt.“

2018

Koch E., Bachmann V., Müller M.J., Assion H.-J. [Culture Sensitive Aspects in Diagnosis and Psychotherapy of Substance Use Disorder (Prevalence, Concepts and Evidence).] Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2018; 1 (98): 108-115. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-108-11](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-108-11).

4.2 STUDIENINFORMATIONEN UND ERHEBUNGSINSTRUMENTE

4.2.1 PATIENTEN-INTERVIEWS

Studieninformation und Einverständniserklärung



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Studie
Interkulturelle Medizin:
Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Tel.: 06421-28-65120

- Studieninformation -

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

in dieser Studie sollen Ihre Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung untersucht werden. Wir würden Sie gerne über Ihre früheren und aktuellen Erfahrungen und Erwartungen als Patient / Patientin befragen.

Dazu würden wir Sie gerne 1-1,5 Stunden interviewen und Ihre Antworten mit einem Tonbandgerät aufzeichnen.

Des weiteren würden wir gerne Ihren Hausarzt bitten, uns Ihre Diagnose(n) sowie seine subjektive Einschätzung der Behandlung, mitzuteilen. Hierzu möchten wir Sie bitten, Ihren Hausarzt uns gegenüber von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Ein entsprechendes Formular wird Ihnen ausgehändigt.

Für die Erhebung und Auswertung dieser Daten benötigen wir natürlich Ihr Einverständnis. Wir sichern Ihnen zu, dass alle Ihre persönlichen Daten nur anonymisiert erfasst und verarbeitet werden. Das heißt, dass lediglich eine Kennnummer und nicht ihr Name gespeichert wird, um eine Zuordnung zur jeweiligen Untersuchungsgruppe (Arzt, Patient) zu ermöglichen.

Selbstverständlich können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit Ihr Einverständnis zurückziehen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig für Sie auswirken wird. Alle erhobenen Daten werden dann sofort vernichtet.

Für Rückfragen stehen Ihnen Herr Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff und Frau Dipl.-Psych. Viktoria Bachmann unter Tel. 06421-28 25163 oder 06421-28 65120 zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Научное исследование
„Русскоязычные переселенцы
у домашнего врача“

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg
Tel.: 06421-28-65120

- Информация об исследовании -

Уважаемая пациентка, уважаемый пациент,

Вас приглашают принять участие в научном исследовании „Русскоязычные переселенцы у домашнего врача“, которое проводится отделением общей медицины марбургского университета.

Целью исследования является выяснение Вашего опыта и впечатлений об услугах медицинского обеспечения и в частности домашнего врача. Для этого мы хотели-бы провести с Вами интервью длительностью 1-1,5 часа и опросить Вас о Ваших прошлых и настоящих представлениях и впечатлениях касательно врачебных консультаций. Во избежание потери информации мы хотели-бы использовать во время интервью аудио запись.

Кроме интервью мы хотели-бы попросить Вашего домашнего врача заполнить опросник „Interviewphase Ärzte“ и сообщить нам из Вашей медицинской карты Ваш диагноз а также его/её субъективное впечатление о прохождении лечения. Для этого мы просим Вас, освободить Вашего врача от соблюдения медицинской тайны по отношению к нам. Соответствующий бланк будет Вам предоставлен.

Для сбора и анализа этих данных нам требуется Ваше письменное согласие на участие в данном исследовании. Мы гарантируем Вам полную анонимность Ваших данных. Что означает, что все данные, которые могли бы помочь идентификации человека их давшего, будут закодированы. Доступ к данным возможен только для исследователей данного проекта. Ваш домашний врач будет знать только об участии в данном исследовании, но иная данная Вами информация будет ему / ей недоступна.

Ваше участие добровольно, и Вы имеете право прекратить его не называя причин. Отказ от участия, как до начала, так и в процессе исследования не приведёт к неблагоприятным для Вас последствиям. В случае отказа Ваши данные будут немедленно уничтожены.

Если у Вас возникнут вопросы по поводу данного научного исследования, обращайтесь к Виктории Бахман (русский, немецкий) по телефону 06421-28-25163 или к руководителю исследования профессору Норберту Доннеру-Банцхоффу (немецкий) по телефону 06421-28-65122 или 06421-28-65120.

Благодарим Вас за помощь!



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

- Einverständniserklärung -

Ich, _____, wurde heute vollständig über Wesen und Bedeutung der oben genannten wissenschaftlichen Untersuchung aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Meine Zustimmung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich weiß, dass meine persönlichen Daten in verschlüsselter Form gespeichert werden.

Ich habe eine Kopie der Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung erhalten und erkläre mich hiermit einverstanden, an der klinischen Studie: "Russland-deutsche Patienten in der hausärztlichen Praxis" teilzunehmen.

_____ Ort, Datum	_____ Name	_____ Vorname	_____ Unterschrift (Teilnehmer)
---------------------	---------------	------------------	------------------------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name	_____ Vorname	_____ Unterschrift (Studienleiter)
---------------------	---------------	------------------	---------------------------------------



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Согласие на участие в исследовании

Настоящим я

даю согласие на участие в научном исследовании „Русскоязычные переселенцы у домашнего врача“ проводимом в рамках одноименного проекта при марбургском университете.

Меня осведомили о целях, значении и методах данного исследования.

Мною была получена вышеназванная информация и ответы на все мои вопросы. Мне было предоставлено достаточно времени, чтобы обдумать моё решение об участии в этом исследовании. Я знаю, что моё участие добровольно, и я имею право прекратить его не называя причин.

Я даю согласие на передачу моим лечащим врачом исследователям следующих данных из моей медицинской карты при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности: моего диагноза а также его/её субъективного впечатления о прохождении лечения в виде опросника „Interviewphase_Arzte“. Я даю согласие на аудио запись во время интервью.

Мною были получены гарантии того, что мои личные данные будут сохранены в анонимной закодированной форме с ограниченным на исследователей доступом к ним.

Ваша подпись под этим документом означает, что как само исследование, так и вышеизложенная информация, были Вам объяснены в устной форме, и что Вы добровольно соглашаетесь принять участие в этом исследовании.

Место, Дата	Имя, фамилия участника	Подпись
-------------	------------------------	---------

Место, Дата	Имя, фамилия исследователя	Подпись
-------------	----------------------------	---------



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Studie

Interkulturelle Medizin:

„Patienten beim Hausarzt: Kulturelle Unterschiede bezüglich der Erwartungen und Erfahrungen.“

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Tel.: 06421-28-65120

- Studieninformation -

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

in dieser Studie sollen Ihre Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung untersucht werden. Wir würden Sie gerne über Ihre früheren und aktuellen Erfahrungen und Erwartungen als Patient / Patientin befragen.

Dazu würden wir Sie gerne ca. 20 Minuten interviewen und Ihre Antworten mit einem Tonbandgerät aufzeichnen. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt und weder an ihren Hausarzt noch an sonstige Dritte weitergegeben.

Des Weiteren würden wir gerne Ihren Hausarzt bitten, uns Ihre Diagnose(n) sowie seine subjektive Einschätzung der Behandlung, mitzuteilen. Hierzu möchten wir Sie bitten, Ihren Hausarzt uns gegenüber von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Ein entsprechendes Formular wird Ihnen ausgehändigt.

Für die Erhebung und Auswertung dieser Daten benötigen wir natürlich Ihr Einverständnis. Wir sichern Ihnen zu, dass alle Ihre persönlichen Daten nur anonymisiert erfasst und verarbeitet werden. Das heißt, dass lediglich eine Kennnummer und nicht ihr Name gespeichert wird, um eine Zuordnung zur jeweiligen Untersuchungsgruppe (Arzt, Patient) zu ermöglichen.

Selbstverständlich können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit Ihr Einverständnis zurückziehen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig für Sie auswirken wird. Alle erhobenen Daten werden dann sofort vernichtet.

Für Rückfragen stehen Ihnen Herr Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff und Frau Dipl.-Psych. Viktoria Bachmann unter Tel. 06421-28 25163 oder 06421-28 65120 zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Substudie „Deutsche Patienten“: Interviews / Patienten



Philipps-Universität Marburg
Fachbereich Medizin

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
 und Rehabilitative Medizin
 Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Kulturelle Unterschiede in der Hausarztpraxis

- Einverständniserklärung -

Ich, _____, wurde heute vollständig über Wesen und Bedeutung der oben genannten wissenschaftlichen Untersuchung aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Meine Zustimmung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich weiß, dass meine persönlichen Daten in verschlüsselter Form gespeichert werden.

Ich habe eine Kopie der Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung erhalten und erkläre mich hiermit einverstanden, an der klinischen Studie: „Patienten beim Hausarzt: Kulturelle Unterschiede bezüglich der Erwartungen und Erfahrungen“ teilzunehmen.

_____ Ort, Datum	_____ Name	_____ Vorname	_____ Unterschrift (Teilnehmer)
---------------------	---------------	------------------	------------------------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name	_____ Vorname	_____ Unterschrift (Studienleiter)
---------------------	---------------	------------------	---------------------------------------

Substudie „Deutsche Patienten“: Interviews / Patienten

Interviewleitfaden – Patienten mit russisch-sprachigem Migrationshintergrund

Projekt
Interkulturelle Medizin:
Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Abteilung für Allgemeinmedizin
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
06421-28-65120

Эмиграция

- Когда Вы приехали в Германию? Откуда? Это был Ваш первый большой переезд или Вам уже приходилось переезжать по стране? (Как Вы их пережили?) В каком возрасте Вы приехали в Германию?
- Какое у Вас образование? (школьное / профессиональное?) Кем Вы работали до переезда в Германию? Работаете ли Вы сейчас?
- Переезд в Германию - как это было для Вас?
- Какие были для Вас главные причины, чтобы решиться на такой шаг, как переезд в другую страну?
- У Вас ещё есть контакты в стране из которой вы приехали? Как часто Вы туда ездите?
- Вы довольны сейчас Вашим решением уехать в Германию?
 - Вы довольны Вашей жизнью Германии?
 - Как Вы оцениваете Ваши знания немецкого языка?
 - Общаетесь ли Вы с другими переселенцами или с местными немцами? В каких рамках?

Немецкая система здравоохранения

- Помните ли Вы ещё, когда вы были впервые больны в Германии?
- Каким был Ваш первый контакт с немецким здравоохранением? Какое впечатление тогда у Вас осталось?
- Как Вам кажется, Вам хорошо известны Ваши возможности и права в отношении охраны здоровья?
 - Например: государственное или частное дополнительное страхование здоровья, профилактические обследование и т.д.
- Как вы получаете нужную Вам информацию?

Опыт и сравнение: немецкая и "русская" система здравоохранения

- Что бы Вы сказали, если я попрошу Вас сравнить медицинское обеспечение и обслуживание в "Союзе" и здесь.
- Как Вам кажется - что похоже, что отличается?
 - Что Вам в Германии нравится, а что нет?

- Что было в "Союзе" лучше, что хуже?

Опыт и ожидания: домашний (общий) врач

- Как долго Вы уже лечитесь у Вашего домашнего врача? Насколько Вы довольны своим врачом? Что вам нравится в нём? (как человек, как врач, техника, лечение)
Приходилось ли вам менять врача или Вы ходите к нему с тех пор как Вы в Марбурге?
- По поводу каких недугов Вы обычно идёте к врачу? Какими хроническими болезнями, недугами Вы страдаете? Как долго уже?
- Как Вы обычно делаете - идёте сначала к домашнему врачу и если надо берёте направление к специалисту или сразу сами идёте к специалисту?
- Как часто вы ходите к врачу из-за своей хронической болезни? Вы довольны лечением?
- Когда эта болезнь дала о себе знать впервые - до или после приезда в Германию?
 - Если до: лечились ли Вы ещё там? Есть разница в лечении там и здесь? В чём она заключается? Какое лечение вам больше нравится?
- Как строго Вы соблюдаете предписания врача? Они вам всегда кажутся резонными? Лечите ли Вы себя сами без консультации с врачом?
- Возникают ли у Вас какие-нибудь проблемы или причины для недовольства во время консультаций у домашнего врача?
 - Например: языковые проблемы, объяснения, понимание, сам контакт с врачом и т. д.?
- Если бы Вы могли что-нибудь изменить, что-бы было по-другому?
- Если бы недалеко от Вас работал русскоязычный врач, Вы бы перешли к нему? Почему? Или: Почему Вы ходите к русскоязычному врачу? Что Вам нравится в нём / ней?

Самолечение, Комплаентность (compliance)

- Обращались ли Вы к врачам во время Ваших поездок на родину? или Ездили-ли Вы на родину, чтобы лечиться?
 - А из-за своих хронических болезней? Почему? Были ли довольны лечением?
 - Если нет: Если бы у Вас была возможность, вы бы поехали туда лечиться? На что Вы надеетесь?
- Применяете-ли Вы какие-нибудь народные средства, которые Вы знаете из "Союза"? Информируетесь ли Вы о разных способах лечения из русских газет или по телевидению, радио или интернету? Используете Вы их? Информируете ли Вы

своего врача об этом?

- Советуетесь ли Вы со своими друзьями и родственниками по поводу Вашего здоровья?

Конец

Может быть есть ещё что-нибудь, что вам кажется важным и Вы хотели бы сказать?

Übersetzung: Interview-Leitfaden für Migranten

Migration

- Wann sind Sie nach Deutschland gekommen? Aus welcher Region? Hat es größere Umzüge vor der Auswanderung gegeben? Wie haben Sie diese erlebt? Wie alt waren Sie als Sie nach Deutschland kamen?
- Welche Ausbildung haben Sie absolviert (schulisch / berufliche)? Was haben Sie in Ihrer Herkunftsregion beruflich gemacht? Was machen Sie jetzt beruflich?
- Wie haben Sie die Auswanderung erlebt?
- Was waren Ihre Gründe nach Deutschland auszuwandern?
- Haben Sie noch Kontakt zu Ihrem Herkunftsland? Wie oft fahren Sie in Ihre Herkunftsregion?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Entscheidung nach Deutschland umzusiedeln im nach hinein?
 - Sind Sie zufrieden mit dem Leben in Deutschland?
 - Wie schätzen Sie Ihre Deutsch-Kenntnisse ein?
- Haben Sie Kontakt zu anderen Spätaussiedlern oder zu den Deutschen?
 - In welchem Kontext?

Deutsches Gesundheitssystem

- Wissen Sie noch, wann Sie das erste Mal in Deutschland krank waren?
- Wie war Ihr erster Kontakt mit dem deutschen Gesundheitswesen? Welchen Eindruck haben Sie bekommen?
- Was würden Sie sagen, kennen Sie sich gut mit den Möglichkeiten der deutschen Gesundheitsversorgung?
 - Vorsorgeuntersuchungen? Krankenversicherung? Freiwillige Zusatzversicherungen wie z.B. Zahnersatz
- Über wen informieren Sie sich?

Erfahrung und Vergleich: deutsches vs. „russisches“ Gesundheitssystem

- Wenn Sie das deutsche Gesundheitssystem mit dem aus Ihrer Herkunftsregion vergleichen würden, was fällt Ihnen ein?
- Was ist gleich, was ist anders?
 - Deutschland: Was gefällt Ihnen, was nicht?
 - Herkunftsland: was war besser / schlechter?

Erfahrung und Erwartungen: Hausarzt

- Seit wann sind Sie in Behandlung bei Ihrem Hausarzt? Hausarzt gewechselt? Wie zufrieden sind Sie? Haben Sie schon mal den Hausarzt gewechselt? Was gefällt Ihnen an Ihm / Ihr?
- Bei welchen Beschwerden suchen Sie einen Arzt auf? Welche Chronischen Beschwerden / Krankheiten haben Sie? Wie lange bestehen diese schon?
- Gehen Sie zuerst zum Hausarzt und lassen sich bei Bedarf überweisen oder gehen Sie gleich zu einem Facharzt?
- Wie oft gehen Sie zum Hausarzt wegen Ihrer lang anhaltender Beschwerden? Sind Sie mit der Behandlung dieser Beschwerden zufrieden?
- Hatten Sie die genannten chronischen Beschwerden schon vor dem Unzug nach Deutschland oder sind diese erst später aufgetreten?
 - Unterscheiden sich die frühere und die aktuelle Behandlung?
 - Wenn ja, worin?
- Halten Sie sich an die Anweisung? Finden Sie die Behandlungsanweisungen immer sinnvoll? Überlegen Sie sich Behandlungsstrategien auch ohne Arzt?
- Erleben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, wenn Sie zum Hausarzt gehen?
 - Sprache? Verständnis, Erklärungen? Arzt-Patient-Kontakt?
- Wenn Sie die Macht hätten etwas zu ändern, was wäre anders geworden?
- Wenn es in der Nähe, einen russischsprachigen/-stämmigen Arzt gebe, würden Sie Ihren Hausarzt wechseln? Warum? Bzw. Warum gehen Sie zu einem russischsprechenden Arzt? Was gefällt Ihnen an Ihm / Ihr?

Eigeninitiative, Compliance

- Haben Sie sich schon mal während eines Besuchs in ihrer Herkunftsregion ärztlich behandeln lassen? Auch wegen der oben genannten Beschwerden? Warum? Waren Sie zufrieden? Wenn nicht, würden Sie das machen? Was erhoffen Sie sich dadurch?
- Verwenden Sie hier Heilverfahren/Mittel, die Sie aus Ihrer Herkunftsregion kennen? Informieren Sie sich, über die Heilangebote oder Ratschläge im russischen Fernsehen oder Zeitschriften? Verwenden Sie diese auch? Wird ihr Arzt darüber informiert.
- Beratschlagen Sie sich mit ihren Verwandten und Bekannte über die Gesundheit?

Abschluss

Gibt es vielleicht noch etwas, was Sie gern zum Thema ansprechen würden?

Interviewleitfaden – Patienten ohne Migrationshintergrund („Deutsche“)

Projekt
Interkulturelle Medizin:
Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Abteilung für Allgemeinmedizin
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
06421-28-65120

Deutsches Gesundheitssystem

- Wie zufrieden sind Sie mit der Gesundheitsversorgung?
 - Was finden Sie gut oder schlecht?
- Was würden Sie sagen, kennen Sie sich gut mit den Möglichkeiten der deutschen Gesundheitsversorgung?
 - Vorsorgeuntersuchungen? Krankenversicherung? Freiwillige Zusatzversicherungen wie z.B. Zahnersatz
- Über wen informieren Sie sich?

Erfahrung und Erwartungen: Hausarzt

- Seit wann sind Sie in Behandlung bei Ihrem Hausarzt? Haben Sie schon mal den Hausarzt gewechselt? Wie zufrieden sind Sie? Was gefällt Ihnen an Ihm / Ihr? („menschlich“, professionell: Behandlung, technische Ausstattung)
- Bei welchen Beschwerden suchen Sie einen Arzt auf? Welche Chronischen Beschwerden / Krankheiten haben Sie? Wie lange bestehen diese schon?
- Gehen Sie zuerst zum Hausarzt und lassen sich bei Bedarf überweisen oder gehen Sie gleich zu einem Facharzt?
- Wie oft gehen Sie zum Hausarzt wegen Ihrer lang anhaltender Beschwerden? Sind Sie mit der Behandlung dieser Beschwerden zufrieden?
- Halten Sie sich an die Anweisung? Finden Sie die Behandlungsanweisungen immer sinnvoll? Überlegen Sie sich Behandlungsstrategien auch ohne Arzt?
- Erleben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, wenn Sie zum Hausarzt gehen?
 - Verständnis, Erklärungen? Arzt-Patient-Kontakt?
- Wenn Sie die Macht hätten etwas zu ändern, was wäre anders geworden?
- Was stellen Sie sich unter einem idealen Hausarzt vor?

Eigeninitiative, Compliance

- Haben Sie sich schon mal im Ausland ärztlich behandeln lassen? Auch wegen der oben genannten Beschwerden? Warum? Waren Sie zufrieden? Wenn nicht, würden Sie das machen? Was erhoffen Sie sich dadurch?
- Verwenden Sie Naturheilmittel oder anderen Heilverfahren? Informieren Sie sich, über die Heilangebote oder Ratschläge aus dem Fernsehen oder Zeitschriften? Verwenden Sie diese auch? Wird ihr Arzt darüber informiert.
- Beratschlagen Sie sich mit ihren Verwandten und Bekannt über die Gesundheit?

Abschluss

- Gibt es vielleicht noch etwas, was Sie gern zum Thema ansprechen würden?

4.2.2 ÄRZTE-INTERVIEWS

Studieninformationen



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Studie
Interkulturelle Medizin:
Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Tel.: 06421-28-65120

- Informationsblatt für Ärzte -

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Im Rahmen eines von BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) geförder-
ten Projektes der Abteilung Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg bitten wir
Sie, an unserer Studie „**Interkulturelle Medizin: Spätaussiedler in der Hausarztpra-
xis**“ teilzunehmen

Die geplante Studie soll die Erwartungen an die hausärztliche Versorgung, vorherr-
schenden Krankheitskonzepte, aktuelle Erfahrungen und kommunikativen Bedürfnisse
von Russlanddeutschen in einer explorativen qualitativen Studie erfassen. Die Ergeb-
nisse sollen Grundlage einer spezifischen Weiter- und Fortbildung sowie eines standar-
disierten Instrumentes zur Versorgungsqualität werden.

Uns interessieren Ihre Praxis-Erfahrungen aus der Arbeit mit den Spätaussiedlern aus
den Regionen der ehemaligen Sowjetunion bzw. den GUS-Staaten. Darüber möchten
wir mit Ihnen im Rahmen eines Interviews sprechen. Das Interviews wird ca. 30 - 45
Min. dauern und mit einem Tonbandgerät festgehalten werden; dazu werden Sie **in Ih-
rer Praxis** besucht und die Teilnahme wird mit 100 € vergütet.

Alle Daten und Informationen werden in anonymisierter Form gespeichert. Wir sichern
Ihnen zu, dass die von Ihnen gegebenen Daten streng vertraulich und nur für die Aus-
wertung in der Universität Marburg verwendet und nach Abschluss der Erhebung verni-
chtet werden.

Selbstverständlich können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit Ihr Einverständnis
zurückziehen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig für Sie auswirken wird. Alle
erhobenen Daten werden dann sofort vernichtet.

Wir bitten Sie, das beigefügte Antwortfax an uns zurückzusenden und uns darauf einen
für Sie passenden Termin anzugeben. Sie erhalten dann eine Terminbestätigung.

Für Rückfragen steht Ihnen die wissenschaftliche Mitarbeiterin Viktoria Bachmann unter
der Telefonnummer **06421-28 25163** zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Interview-Leitfaden - Ärzte

1. Kontakt mit russlanddeutschen Patienten in der ärztlichen Praxis

- a) Erleben Sie den Kontakt mit russlanddeutschen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten als anders?
- b) Bestehen Unterschiede zu anderen Migrantengruppen, z.B. türkischen Patienten?
- c) Führen Sie bei Patienten mit Migrationshintergrund eine Migrationsanamnese durch? Erfragen Sie ihre jetzige soziokulturelle Lage?

2. Sprache

- a) Was sind Ihre Erfahrungen mit der sprachlichen Verständigung mit russlanddeutschen Patienten?
- b) Haben Sie bestimmte Strategien, die Ihnen bei der Kommunikation helfen? (Sprache anpassen, Arzthelferinnen etc.)
- c) Wie groß sind die sprachlichen Barrieren im Vergleich zu anderen Migrantengruppen?

3. Erwartungen:

Patient -> Arzt

- a) Was ist Ihr Eindruck – welche Erwartungen haben russlanddeutsche Patienten an den Arzt, an die Behandlung?
- b) Welche Rolle wird Ihnen zugewiesen?
- c) Wie wird die Patientenrolle definiert?

Arzt -> Patient

- a) Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich russlanddeutschen Patienten gegenüber anders verhalten? Dass Sie ihnen anders begegnen?
- b) Erwarten Sie kulturelle Unterschiede im Kontakt zu russlanddeutschen Patienten?
- c) Bestehen zwischen Ihnen und russlanddeutschen Patienten Unterschiede im Krankheitsverständnis?

4. Behandlung

- a) Wie berichten russlanddeutsche Patienten über Symptome?
- b) Gibt es Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung?
- c) Welche Probleme entstehen während der Behandlung?
- d) Können Sie etwas zu Compliance russlanddeutscher Patienten sagen?

5. Fortbildung

- a) Sollte eine Fortbildungsmöglichkeit angeboten werden, welche Aspekte sollte diese beinhalten? Was bräuchten Sie?

6. Leitfaden

- a) War der Leitfaden für Sie schlüssig? Ist Ihrer Meinung nach die Thematik hinreichend erfasst?

Leitfaden: Interviews „Russische Ärzte“

1. Kulturen-Vergleich

- a) Haben Sie berufliche Erfahrung in Ihrem Herkunftsland?
- b) Wenn Sie zurück denken, welche Unterschiede in Ihrer Arbeit bestehen, wenn sie die beiden Arbeitswelten vergleichen? Kontakt zu Patienten, Verantwortung
- c) Wenn Sie sich mit ihren deutschen Kollegen vergleichen, welche Unterschiede sehen Sie vor dem Hintergrund ihrer eigenen Migration? (Einstellungen zum Arztberuf? Mentalität? Berufsethik? Etc.)

2. Kontakt mit russlanddeutschen Patienten in der ärztlichen Praxis

- a) Führen Sie bei Patienten mit Migrationshintergrund eine Migrationsanamnese durch? Erfragen Sie ihre jetzige soziokulturelle Lage?
- b) Warum Ihrer Meinung nach kommen Russlanddeutsche zu einem russischstämmigen Arzt?
- c) Erleben Sie den Kontakt mit russlanddeutschen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten als anders?
- d) Wenn Sie an Ihre Patienten in Ihrem Herkunftsland denken, gibt es Unterschiede zwischen den Patienten damals und heute?
- e) Haben Sie es Ihrer Meinung nach leichter mit den russlanddeutschen Patienten als Ihre deutschen Kollegen? Woran könnte das liegen?

3. Erwartungen:

Patient -> Arzt

- a) Was ist Ihr Eindruck – welche Erwartungen haben russlanddeutsche Patienten an den Arzt, an die Behandlung?
- b) Welche Rolle wird Ihnen zugewiesen?
- c) Wie wird die Patientenrolle definiert?

Arzt -> Patient

- a) Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich russlanddeutschen Patienten gegenüber anders verhalten? Dass Sie ihnen anders begegnen?
- b) Besteht zwischen Ihnen und russlanddeutschen Patienten gleiches Krankheitsverständnis?
- c) Welche Rolle spielt die gleiche Sprache?

4. Behandlung

- a) Wie berichten russlanddeutsche Patienten über Symptome?
- b) Gibt es Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung?
- c) Welche Probleme entstehen während der Behandlung?
- d) Können Sie etwas zu Compliance russlanddeutscher Patienten sagen? Auch im Vergleich zu deutschen Patienten?

5. Fortbildung

- a) Sollte eine Fortbildungsmöglichkeit angeboten werden, welche Aspekte sollte diese beinhalten? Was bräuchten Ihre deutschen Kollegen?

6. Leitfaden

a) War der Leitfaden für Sie schlüssig? Ist Ihrer Meinung nach die Thematik hinreichend erfasst?

4.2.3 ONLINE- UND BRIEFUMFRAGE

Aufruf zur Teilnahme an der Online-Umfrage

Projekt
Interkulturelle Medizin:
Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Philipps



Universität
 Marburg

Abteilung für Allgemeinmedizin
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
06421-28-65120

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie, an der internationalen Online-Umfrage teilzunehmen, die im Rahmen des wissenschaftlichen Projektes „Spätaussiedler in der Hausarztpraxis“ am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg durchgeführt wird. In dieser Umfrage sollen Ihre Auffassung von Gesundheit und Krankheit und Ihre Erwartungen als Patient/Patientin untersucht werden.

Dazu bitten wir Sie, den Online-Fragebogen auszufüllen. Die Befragung dauert ca. 30 min. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Die Umfrage finden Sie unter:

In deutscher Sprache: <http://user.online-eval.de/go/index.php?sid=65111>

In russischer Sprache: <http://user.online-eval.de/go/index.php?sid=65111&lang=ru>

Wir sichern Ihnen zu, dass alle Ihre persönlichen Daten anonymisiert erfasst und verarbeitet werden. Wir fragen Sie nicht nach persönlichen Daten, die eine Identifizierung ermöglichen würden.

Falls Sie Fragen haben sollten, können Sie sich jederzeit an Frau Viktoria Bachmann (Email: viktoria.bachmann@staff.uni-marburg.de; Tel.: 06421-28 25163) oder an Frau Katharina Teigeler (Email: kaddyteigeler@aol.com) wenden.

Wenn Sie teilnehmen möchten, aber nicht den Fragebogen nicht im Internet bearbeiten wollen, schicken wir Ihnen gerne die Papierversion zu. In diesem Fall kontaktieren Sie uns bitte telefonisch oder per E-Mail.

Und noch eine Bitte: bitte schicken Sie diese E-Mail an Ihre Bekannte und Verwandte. Je mehr Menschen an dieser Umfrage teilnehmen, um so genauer fallen die Ergebnisse aus. Die Ergebnisse des Projektes werden nach seiner Fertigstellung in internationalen Fachzeitschriften publiziert und auf der Web-Seite der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin veröffentlicht: <http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed>

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Mit herzlichen Grüßen aus Marburg
 Viktoria Bachmann

Projekt
Interkulturelle Medizin:
Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Philipps



Universität
 Marburg

Abteilung für Allgemeinmedizin
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
06421-28-65120

Дорогие друзья!

Примите, пожалуйста, участие в интернациональном интернет-опросе, который проводится в рамках научного исследования „Русскоязычные переселенцы у домашнего врача“ при кафедре медицины марбургского университета (Германия). Целью исследования является выявление представлений жителей Германии, России, СНГ и русскоязычных эмигрантов в странах мира о здоровье и болезни а так же предпочтениях во время консультации у домашнего врача.

Опрос Вы найдёте на сайтах:

на **русском** языке: <http://user.online-eval.de/go/index.php?sid=65111&lang=ru>

на **немецком** языке: <http://user.online-eval.de/go/index.php?sid=65111>

Для обработки опроса Вам понадобится примерно полчаса. Мы гарантируем Вам полную анонимность Ваших данных! Мы не спрашиваем Вас о личных сведениях, при помощи которых можно было бы Вас опознать.

Если у Вас возникнут вопросы по поводу данного научного исследования, обращайтесь к Виктории Бахман (русский, немецкий, английский)

viktoria.bachmann@staff.uni-marburg.de

Пожалуйста, отправьте это извещение Вашим родным и знакомым. Чем больше людей примут участие в данном опросе, тем точнее будут результаты этого исследования.

Результаты проэкта будут опубликованны по его окончанию в интернациональных научных изданиях (на немецком и английском языке) и на сайте отделения общей медицины кафедры медицины марбургского университета (на немецком и русском языке) <http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed>

Большое спасибо за Вашу помощь!

С сердечным приветом из Марбурга

Виктория Бахман



Sehr geehrte Dame,

Sehr geehrter Herr,

Wir bitten Sie an der Umfrage im Rahmen des Projekts „Interkulturelle Medizin“ teilzunehmen, das an der Philipps-Universität Marburg durchgeführt wird. In dieser Umfrage sollen Ihre Auffassung von Gesundheit und Krankheit und Ihre Erwartungen als Patient/Patientin untersucht werden.

Dazu bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Befragung dauert ca. 30 min.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wir sichern Ihnen zu, dass alle Ihre persönlichen Daten anonymisiert erfasst und verarbeitet werden. Wir fragen Sie nicht nach persönlichen Daten, die eine Identifizierung ermöglichen würden.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen ohne Ihren Namen oder Adresse im beigelegten frankierten Umschlag an uns zurück.

Falls Sie Fragen haben sollten, können Sie sich jederzeit an Frau Viktoria Bachmann (Email: viktoria.bachmann@staff.uni-marburg.de; Tel.: 06421-28 25163) oder an Frau Katharina Teigeler (Email: kaddyteigeler@aol.com) wenden.

Das folgende Beispiel erklärt Ihnen, wie der Fragebogen beantwortet werden soll:

Sie sollen bei jeder Frage das ankreuzen, was Ihrer Meinung nach auf Sie zutrifft.


Für den Fall, dass Sie **Korrekturen** vornehmen möchten (z.B. weil Sie das Kreuz an eine falsche Stelle gesetzt haben), bitten wir Sie – wie in der folgenden Beispiel-Frage dargestellt – das „falsche“ Feld vollständig auszumalen und das „richtige“ Feld ganz normal anzukreuzen.

Beispiel-Frage:

Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung bei Ihrem Hausarzt?

sehr zufrieden eher zufrieden teils/teils eher unzufrieden sehr unzufrieden

Schon im Voraus möchten wir Ihnen für Ihre Bemühungen herzlich danken!

Projekt Interkulturelle Medizin: Spätaussiedler in der Hausarztpraxis	Philipps  Universität Marburg	Abteilung für Allgemeinmedizin Karl-von-Frisch-Str. 4 35043 Marburg 06421-28-65120
--	---	---

Code: P _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen ☑ ☒
 Freitext / Zahlen ☞ _____

Angaben zu Person

- 1. In welchem Jahr sind Sie geboren?**

1	9		
---	---	--	--
- 2. Ihr Geschlecht?**

männlich ☐
weiblich ☐
- 3. Welchen Familienstand haben Sie?**

verheiratet <input type="checkbox"/>	feste Beziehung <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/>
ledig <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	sonstiges _____
- 4. Welche Ausbildung haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)**

ohne Abschluss <input type="checkbox"/>	Realschule <input type="checkbox"/>	Ausbildung <input type="checkbox"/>
Hauptschule <input type="checkbox"/>	Abitur <input type="checkbox"/>	Hochschule <input type="checkbox"/>
sonstiges _____		
- 5. Sind Sie berufstätig? (Mehrfachnennungen möglich)**

Schüler/in <input type="checkbox"/>	Rentner/in <input type="checkbox"/>	Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/>
Student/in <input type="checkbox"/>	erwerbsunfähig <input type="checkbox"/>	Kinderbetreuung <input type="checkbox"/>
berufstätig <input type="checkbox"/>	arbeitslos <input type="checkbox"/>	sonstiges _____

Migrationserfahrung

- 6. In welchem Land sind Sie geboren?**

Deutschland <input type="checkbox"/>	USA <input type="checkbox"/>	Israel <input type="checkbox"/>	Kasachstan <input type="checkbox"/>
Russland <input type="checkbox"/>	Ukraine <input type="checkbox"/>	Kirgisistan <input type="checkbox"/>	andere _____
- 7. In welchem Land leben Sie?**

Deutschland <input type="checkbox"/>	USA <input type="checkbox"/>	Israel <input type="checkbox"/>	Kasachstan <input type="checkbox"/>
Russland <input type="checkbox"/>	Ukraine <input type="checkbox"/>	Kirgisistan <input type="checkbox"/>	andere _____
- 8. Wenn Sie immigriert sind, wie lange leben Sie in diesem Land?**
 seit _____ Jahren
- 9. Wenn Sie in Ihrem Geburtsland leben, sind Ihre Eltern Immigranten?**
 nein ☐ ja ☐ Aus welchem Land? _____

Gesundheitszustand	
10. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> sehr gut gut eher gut eher schlecht schlecht sehr schlecht </div>	
11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem <u>körperlichen</u> Zustand insgesamt?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> sehr zufrieden eher zufrieden teils/teils eher unzufrieden sehr unzufrieden </div>	
12. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem <u>psychischen</u> Wohlbefinden insgesamt?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> sehr zufrieden eher zufrieden teils/teils eher unzufrieden sehr unzufrieden </div>	
13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem <u>jetzigen</u> Leben insgesamt?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> sehr zufrieden eher zufrieden teils/teils eher unzufrieden sehr unzufrieden </div>	
14. Wie fühlen Sie sich zur Zeit?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ich bin... gesund / ohne gesundheitliche Probleme <input type="checkbox"/> akut schwer erkrankt <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> akut leicht erkrankt <input type="checkbox"/> chronisch krank <input type="checkbox"/> </div>	
15. Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich zum Erhalt Ihrer Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und gegen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes tun können?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> sehr viel eher viel eher wenig sehr wenig weiß nicht </div>	
16. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke (z.B. Bier, Wein, Schnaps) zu sich?	
Ich trinke täglich <input type="checkbox"/>	Ich trinke 1-2 Mal im Monat <input type="checkbox"/>
Ich trinke 3-4 Mal in der Woche <input type="checkbox"/>	Ich trinke sehr selten (4-5 Mal im Jahr) <input type="checkbox"/>
Ich trinke nur an Wochenenden <input type="checkbox"/>	Ich trinke keinen Alkohol <input type="checkbox"/>
17. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?	
Ich habe noch nie geraucht <input type="checkbox"/>	Ich rauche täglich <input type="checkbox"/>
Ich rauche zur Zeit gelegentlich <input type="checkbox"/>	Ich habe früher geraucht, rauche seit mehr als einem Jahr nicht mehr <input type="checkbox"/>

18. Leiden Sie unter einer Erkrankung, wegen der Sie häufig ärztlicher Hilfe bedürfen oder regelmäßig Medikamente einnehmen? Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an!				
keine chronischen Erkrankungen / Beschwerden <input type="checkbox"/>		Zuckerkrankheit mit Insulin <input type="checkbox"/>		
Bluthochdruck, Hypertonie <input type="checkbox"/>		Zuckerkrankheit ohne Insulin <input type="checkbox"/>		
Durchblutungsstörung am Herzen <input type="checkbox"/>		Gelenkverschleiß <input type="checkbox"/>		
Herzinfarkt <input type="checkbox"/>		Wirbelsäulenerkrankung <input type="checkbox"/>		
Herzschwäche, Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/>		Rückenschmerzen <input type="checkbox"/>		
Schlaganfall <input type="checkbox"/>		Hauterkrankungen <input type="checkbox"/>		
erhöhtes Cholesterin <input type="checkbox"/>		Asthma bronchiale <input type="checkbox"/>		
chronische Schmerzen <input type="checkbox"/>		Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/>		
Krebserkrankung, bösartiger Tumor <input type="checkbox"/>		psychische Erkrankungen (Depression, Ängste etc.) <input type="checkbox"/>		
Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/>		sonstige <input type="checkbox"/>		
Sonstige chronische Erkrankungen _____				
19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?				
	ja	nein		
...zur Blutdrucksenkung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...gegen Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zur Blutfett-/Cholesterinsenkung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... für Lunge / Bronchien <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...für das Herz <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...zur Blutverdünnung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gegen Diabetes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...gegen Allergie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gegen Depression oder Ängste <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...gegen Schmerzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zur Beruhigung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...gegen sonstige Beschwerden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?¹				
<i>☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				

21. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?²				
<i>☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt	
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22. Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Umgang mit der eigenen Person in den letzten drei Monaten. Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwiefern die Aussage Ihrer Meinung nach zutreffend ist.³					
<i>☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	weder noch	stimmt	stimmt voll und ganz
Ich habe mir Zeiten der Ruhe und Entspannung gegönnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wusste, was mir gut tut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir Pausen gegönnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich über schöne Dinge freuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte positive Erlebnisse annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich freuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte positive Gefühle zulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gut für mich gesorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?²				
<i>☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt	
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22. Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Umgang mit der eigenen Person in den letzten drei Monaten. Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwiefern die Aussage Ihrer Meinung nach zutreffend ist.³					
<i>☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	weder noch	stimmt	stimmt voll und ganz
Ich habe mir Zeiten der Ruhe und Entspannung gegönnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wusste, was mir gut tut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir Pausen gegönnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich über schöne Dinge freuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte positive Erlebnisse annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich freuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte positive Gefühle zulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gut für mich gesorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen über Krankheitsannahmen⁴

Mit folgenden Fragen sollen Ihre persönlichen Annahmen und Vermutungen über Ihre Krankheit bzw. Ihre Symptome erfragt werden. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Sollten Sie an mehreren Krankheiten leiden, denken Sie bitte an die Erkrankung, die Sie am meisten belastet. Auch wenn Sie den Eindruck haben, dass einige Fragen sich wiederholen, beantworten Sie bitte jede Frage. **Wenn Sie aktuell gesund sind, gehen Sie zum Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen auf der Seite 8 über.**

A. Im Folgenden sind verschiedene Symptome aufgelistet, die Sie möglicherweise im Verlauf Ihrer Krankheit erlebt haben. Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, ob Sie die betreffenden Symptome im Verlauf Ihrer Krankheit erlebt haben und ob Sie glauben, dass diese Symptome durch Ihre Krankheit verursacht werden.

☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile zwei Kreuze!

	Ich habe dieses Symptom im Verlauf meiner Krankheit erlebt		Dieses Symptom wird durch meine Krankheit verursacht	
	ja	nein	ja	nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennende Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Wir sind daran interessiert, zu erfahren, wie Sie momentan Ihre aktuellen Krankheitssymptome einschätzen. Bitte geben Sie dazu durch Ankreuzen der betreffenden Antworten an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	weder noch	stimmt	stimmt voll und ganz
Meine Krankheit wird nur kurze Zeit dauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit wird lange Zeit andauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit wird schnell wieder vorbei sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat große Auswirkungen auf mein Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat keine großen Auswirkungen auf mein Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	weder noch	stimmt	stimmt voll und ganz
Meine Krankheit hat großen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat gravierende finanzielle Folgen für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann eine Menge tun, um meine Symptome zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Verhalten beeinflusst, ob meine Krankheit besser oder schlimmer wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Verlauf meiner Krankheit ist von mir abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Macht, meine Krankheit zu beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit wird mit der Zeit besser werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt nur sehr wenig, was getan werden kann, um meine Krankheit zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Behandlung wird meine Krankheit wirksam heilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann die negativen Auswirkungen meiner Krankheit durch meine Behandlung verhindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Behandlung kann meine Krankheit kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir die Symptome meiner Krankheit nicht erklären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe meine Krankheit nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein klares Verständnis meines Zustands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Symptome meiner Krankheit verändern sich von Tag zu Tag stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit ist sehr unberechenbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich über meine Krankheit nachdenke, fühle ich mich deprimiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit macht mich wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mir Angst, dass ich diese Krankheit habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit macht mir Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

C. Uns interessiert, was Sie als mögliche Ursache für Ihre Krankheit betrachten, also Ihre persönlichen Ansichten, was Ihrer Meinung nach Ihre Krankheit verursacht, also nicht unbedingt was andere (einschließlich Arzt oder Familie) Ihnen als Ursache nahelegen. Unten finden Sie eine Liste mit möglichen Ursachen für Ihre Krankheit. Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, wie stark Sie zustimmen oder ablehnen, dass diese bei Ihnen als Ursache in Frage kommen.

<i>☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	weder noch	stimmt	stimmt voll und ganz
Stress und Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vererbt - kommt in meiner Familie öfter vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakterien oder Viren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungs- oder Essgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufall oder Pech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein eigenes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Einstellung, z. B. negatives Denken über das Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienprobleme oder Sorgen verursachten meine Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überarbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein emotionales Befinden, z. B. sich bedrückt, einsam, ängstlich, leer fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterungsprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfall oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Persönlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verändertes Immunsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie uns zuletzt noch an, welche drei Faktoren Ihrer Meinung nach am meisten verantwortlich für Ihre Krankheit sind. Sie können dazu eine mögliche Ursache aus der oben gemachten Aufzählung nennen oder auch eine nicht genannte Ursache nehmen.

Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind:

1. _____
2. _____
3. _____

Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen⁴

Auf den nächsten Seiten dieses Fragebogens würden wir von Ihnen gerne wissen, was Ihnen persönlich beim Gespräch mit Ihrem Arzt (oder Ihrer Ärztin) wichtig ist. Es geht dabei um Ihre persönliche Meinung. Sie sollen in diesem Fragebogen also beurteilen, *wie wichtig Ihnen* verschiedene Verhaltensweisen Ihres Arztes (oder Ihrer Ärztin) sind und *nicht, ob* Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) diese Verhaltensweisen zeigt. Es kann vorkommen, dass manche Fragen des Fragebogens für Sie sehr ähnlich klingen – bitte beantworten Sie dennoch alle Fragen!

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie wichtig Ihnen die jeweiligen Verhaltensweisen Ihres Arztes oder Ihrer Ärztin sind!

Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte...	nicht so wichtig	etwas wichtig	wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig
mit Ihnen gemeinsam die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten abwägen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in den Gesprächen mit Ihnen immer sehr ausgeglichen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihnen auch mal ein privates Wort wechseln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie fragen, wie Sie den Erfolg der Behandlung bewerten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen am Ende der Behandlung mitteilen, wie es mit der Behandlung Ihrer Erkrankung weitergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich nach allen Ihren Beschwerden erkundigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie nach allem fragen, was Ihre Erkrankung betrifft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie fragen, was Sie über Ihre Behandlung wissen möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen im Gespräch Mut machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zusammen mit Ihnen in einem gemeinsamen Gespräch die Behandlungen und therapeutischen Maßnahmen festlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Vorgehen bei Ihrer Behandlung begründen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen genau zuhören, wenn Sie etwas sagen möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Gespräch mit Ihnen auch manchmal lachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manchmal auch intime Dinge ansprechen, die mit der Erkrankung zu tun haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie immer herzlich begrüßen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich manchmal mit Ihnen auch über Themen unterhalten, die gar nichts mit Ihrer Erkrankung zu tun haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen immer alles über Ihre Erkrankung mitteilen, auch wenn es unangenehme Dinge sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es Ihnen ermöglichen, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Behandlungsplan mit Ihnen besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich um eine persönliche Beziehung zu Ihnen bemühen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte...	nicht so wichtig	etwas wichtig	wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig
mit Ihnen gelegentlich auch über private Dinge sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihnen die nächsten Behandlungsschritte besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Ihnen nachfragen, ob Sie während der Therapien / Behandlungen Beschwerden haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich bei Ihnen erkundigen, was Ihnen an der Behandlung gut getan hat und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen erklären, was Ihre Diagnose genau bedeutet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Gespräch mit Ihnen Ruhe ausstrahlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen ausführlich das Vorgehen im Rahmen der Behandlung erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in den Gesprächen mit Ihnen immer optimistisch und gut gelaunt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie zu Beginn der Behandlung bitten, Ihre Beschwerden umfassend darzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen bezüglich Ihrer Erkrankung Dinge, die Sie belasten könnten (z.B. Nebenwirkungen einer Behandlung), offen und direkt mitteilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Ende eines Gesprächs mit Ihnen die Ergebnisse zusammenfassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nach Ihren persönlichen Verhältnissen fragen, um sich ein Bild von Ihnen zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was würden Sie tun?

Im Folgenden sind verschiedene Situationen geschildert. Bitte kreuzen Sie an, was Sie in so einer Situation wahrscheinlich tun oder was Sie für sinnvoll halten würden.

1. Sie haben seit 3 Tagen Schnupfen, jetzt kommen ein Husten und eine Temperatur von 38.4 °C dazu. Sie fühlen sich schlapp, die letzte Nacht haben Sie kaum ein Auge zugetan.

a) Wie würden Sie die Symptome bewerten? (Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)

Wird schon werden	<input type="checkbox"/>
Es könnte etwas Ernstes sein	<input type="checkbox"/>
Das ist ernst	<input type="checkbox"/>

b) Was würden Sie tun? (Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)

Ich unternehme nichts	<input type="checkbox"/>
Ich behandle mich selbst	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zum Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zu einem Facharzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ins Krankenhaus / Ich rufe den Notarzt	<input type="checkbox"/>

c) Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll? (Mehrfachnennung möglich)	
Es muss nichts gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte Medikamente bekommen	<input type="checkbox"/>
Mein Blut sollte untersucht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte geröntgt werden	<input type="checkbox"/>
Bei mir sollte ein EKG gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte stationär aufgenommen werden	<input type="checkbox"/>
2. Sie wachen morgens mit stärksten Schmerzen mitten auf der Brust auf. Die Luft ist eng und Sie haben Angst.	
a) Wie würden Sie die Symptome bewerten? (Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)	
Wird schon werden	<input type="checkbox"/>
Es könnte etwas Ernstes sein	<input type="checkbox"/>
Das ist ernst	<input type="checkbox"/>
b) Was würden Sie tun? (Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)	
Ich unternehme nichts	<input type="checkbox"/>
Ich behandle mich selbst	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zum Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zu einem Facharzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ins Krankenhaus / Ich rufe den Notarzt	<input type="checkbox"/>
c) Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll? (Mehrfachnennung möglich)	
Es muss nichts gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte Medikamente bekommen	<input type="checkbox"/>
Mein Blut sollte untersucht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte geröntgt werden	<input type="checkbox"/>
Bei mir sollte ein EKG gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte stationär aufgenommen werden	<input type="checkbox"/>
3. Sie haben hohen Blutdruck und Ihr Arzt hat Ihnen empfohlen, regelmäßig Tabletten zu nehmen und sich mehr zu bewegen. Es geht Ihnen heute schlecht – Ihnen ist schwindelig und Sie fühlen sich müde.	
a) Wie würden Sie die Symptome bewerten? (Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)	
Wird schon werden	<input type="checkbox"/>
Es könnte etwas Ernstes sein	<input type="checkbox"/>
Das ist ernst	<input type="checkbox"/>

b) Was würden Sie tun? <i>(Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)</i>	
Ich unternehme nichts	<input type="checkbox"/>
Ich behandle mich selbst	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zum Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zu einem Facharzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ins Krankenhaus / Ich rufe den Notarzt	<input type="checkbox"/>
c) Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	
Es muss nichts gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte Medikamente bekommen	<input type="checkbox"/>
Mein Blut sollte untersucht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte geröntgt werden	<input type="checkbox"/>
Bei mir sollte ein EKG gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte stationär aufgenommen werden	<input type="checkbox"/>
4. Seit Wochen fühlen Sie sich müde und freudlos. Sie schlafen schlecht, da in Ihrem Kopf ständig Gedanken kreisen.	
a) Wie würden Sie die Symptome bewerten? <i>(Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)</i>	
Wird schon werden	<input type="checkbox"/>
Es könnte etwas Ernstes sein	<input type="checkbox"/>
Das ist ernst	<input type="checkbox"/>
b) Was würden Sie tun? <i>(Bitte machen Sie nur ein Kreuz!)</i>	
Ich unternehme nichts	<input type="checkbox"/>
Ich behandle mich selbst	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zum Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zu einem Facharzt	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ins Krankenhaus / Ich rufe den Notarzt	<input type="checkbox"/>
c) Welche Behandlung wäre Ihrer Ansicht nach sinnvoll? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	
Es muss nichts gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte Medikamente bekommen	<input type="checkbox"/>
Mein Blut sollte untersucht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte geröntgt werden	<input type="checkbox"/>
Bei mir sollte ein EKG gemacht werden	<input type="checkbox"/>
Ich sollte stationär aufgenommen werden	<input type="checkbox"/>
Vielen Dank für Ihre Hilfe!	
<p>^{1,2} PHQ-9, PHQ-15 (Patient Health Questionnaire, Lowe et al., 2002; Spitzer et al., 1999)</p> <p>³ HSF (Der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen, Harfst et al. 2009)</p> <p>⁴ IPQ-R (Illness Perception Questionnaire – R, Gaab et al., 2004)</p> <p>⁵ KOPRA (Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen, Farin et al. (under review))</p>	
11	

Projekt
Interkulturelle Medizin:
Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Philipps



Universität
 Marburg

Abteilung für Allgemeinmedizin
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
06421-28-65120

Уважаемая пациентка! Уважаемый пациент!

Примите, пожалуйста, участие в данном опросе, который проводится в рамках научного исследования „Русскоязычные переселенцы у домашнего врача“ при кафедре медицины марбургского университета. Целью исследования является выявление Ваших представлений о здоровье и болезни а так же Ваших предпочтениях во время консультации у домашнего врача.

Пожалуйста, обработайте этот опросник. Для этого Вам понадобится примерно полчаса. Мы гарантируем Вам полную анонимность Ваших данных! Мы не спрашиваем Вас о личных сведениях, при помощи которых можно было бы Вас опознать.

Отправьте нам, пожалуйста, обработанный опросник в приложенном конверте. Почтовые расходы мы берём на себя. Пожалуйста, не задавайте нигде Ваше имя, фамилию или адрес.

Если у Вас возникнут вопросы по поводу данного научного исследования, обращайтесь к Виктории Бахман (русский, немецкий) по телефону 06421-28-25163 или viktoria.bachmann@staff.uni-marburg.de

Нижеприведённый пример объясняет, как опросник должен быть обработан.

В каждом вопросе Вам нужно выбрать тот вариант ответа, который с Вашей точки зрения лучше всего к Вам подходит. Поставьте его, пожалуйста, крестиком.


Если Вы ошиблись и хотите поставить крестик в другое место, потому что другой ответ подходит лучше, зачеркните - как объяснено в примере - неправильный ответ и поставьте крестик, там где нужно.

Пример:

Насколько Вы довольны лечением у своего домашнего врача?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 очень скорее частично скорее очень
 доволен доволен недоволен недоволен

Большое спасибо за Вашу помощь!

Projekt Interkulturelle Medizin: Spätaussiedler in der Hausarztpraxis	Philipps 	Universität Marburg	Abteilung für Allgemeinmedizin Karl-von-Frisch-Str. 4 35043 Marburg 06421-28-65120
--	--	------------------------	--

Код: P _____

Поставьте крестиком соответствующий ответ ☑ ☒

Текст / цифры ☞ _____

Общие сведения о личности

1. В каком году Вы родились?

2. Ваш пол? мужской ☐ женский ☐

3. Каково Ваше семейное положение? (Выберите **один** из следующих ответов)

замужем / женат <input type="checkbox"/>	состою в гражданском браке <input type="checkbox"/>	вдовец / вдова <input type="checkbox"/>
холост / не замужем <input type="checkbox"/>	разведён / разведена <input type="checkbox"/>	другое _____

4. Какое у Вас образование? (Поставьте самое высшее)

без аттестата <input type="checkbox"/>	среднее <input type="checkbox"/>	высшее <input type="checkbox"/>
неполное среднее <input type="checkbox"/>	среднее профессиональное <input type="checkbox"/>	другое _____

5. Каков основной род Ваших занятий в настоящее время? (Отметьте все то, что подходит)

ученик / ученица <input type="checkbox"/>	отпуск по воспитанию детей <input type="checkbox"/>	домохозяйка <input type="checkbox"/>
студент(ка) <input type="checkbox"/>	не работаю по болезни <input type="checkbox"/>	пенсионер(ка) <input type="checkbox"/>
работаю <input type="checkbox"/>	безработный / безработная <input type="checkbox"/>	другое _____

Миграционный опыт

6. В какой стране Вы родились?

Германия <input type="checkbox"/>	США <input type="checkbox"/>	Израиль <input type="checkbox"/>	Казахстан <input type="checkbox"/>
Россия <input type="checkbox"/>	Украина <input type="checkbox"/>	Кыргызстан <input type="checkbox"/>	другая _____

7. В какой стране Вы проживаете?

Германия <input type="checkbox"/>	США <input type="checkbox"/>	Израиль <input type="checkbox"/>	Казахстан <input type="checkbox"/>
Россия <input type="checkbox"/>	Украина <input type="checkbox"/>	Кыргызстан <input type="checkbox"/>	другая _____

8. Если Вы эмигрировали, как долго Вы проживаете в этой стране?

_____ год(а) / лет

9. Если Вы проживаете в стране рождения, эмигрировали ли Ваши родители?

нет ☐ да ☐ Из какой страны? _____

1

Состояние здоровья			
10. Как бы Вы описали Ваше общее состояние здоровья?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
очень хорошее	хорошее	скорее хорошее	скорее плохое
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
очень плохое	плохое		
11. Насколько Вы довольны своим общим физическим состоянием?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
очень доволен / довольна	в принципе доволен / довольна	частично	скорее недоволен / недовольна
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		очень недоволен / недовольна	
12. Насколько Вы довольны своим общим душевным состоянием?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
очень доволен / довольна	в принципе доволен / довольна	частично	скорее недоволен / недовольна
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		очень недоволен / недовольна	
13. Насколько Вы довольны своей жизнью в настоящий момент?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
очень доволен / довольна	в принципе доволен / довольна	частично	скорее недоволен / недовольна
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		очень недоволен / недовольна	
14. Как Вы себя чувствуете на данный момент?			
Я...	здоров(а), проблем со здоровьем нет <input type="checkbox"/>	на данный момент тяжело болен / больна <input type="checkbox"/>	
	на данный момент легко болен / больна <input type="checkbox"/>	хронически болен / больна <input type="checkbox"/>	
15. Как Вы считаете, насколько Вы лично можете способствовать сохранению своего здоровья, предостеречь болезни или предотвратить ухудшение здоровья?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
очень сильно	сильно	мало	очень мало
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		не знаю	
16. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки (вино, пиво, водку итд.)?			
каждый день	<input type="checkbox"/>	1-2 раза в месяц	<input type="checkbox"/>
3-4 раза в неделю	<input type="checkbox"/>	редко (4-5 раз в год)	<input type="checkbox"/>
только по выходным	<input type="checkbox"/>	вообще не пью	<input type="checkbox"/>
17. Курите ли Вы?			
Никогда не курил(а)	<input type="checkbox"/>	Курю регулярно	<input type="checkbox"/>
Курю изредко	<input type="checkbox"/>	Курил(а) раньше, уже больше года как бросил(а)	<input type="checkbox"/>

18. Страдаете ли Вы каким-нибудь заболеванием, из-за которого Вы часто нуждаетесь во врачебной помощи или Вам нужно регулярно принимать медикаменты?					
<i>Отметьте все то, что подходит</i>					
у меня нет хронических заболеваний / жалоб <input type="checkbox"/>	инсулинозависимый сахарный диабет <input type="checkbox"/>				
высокое давление, гипертония <input type="checkbox"/>	Инсулиннезависимый сахарный диабет <input type="checkbox"/>				
нарушение кровоснабжения сердца <input type="checkbox"/>	износ суставов <input type="checkbox"/>				
сердечный приступ (инфаркт миокарда) <input type="checkbox"/>	заболевание позвоночника <input type="checkbox"/>				
слабое сердце, сердечная недостаточность <input type="checkbox"/>	боли в спине <input type="checkbox"/>				
инфаркт мозга (инсульт) <input type="checkbox"/>	кожные заболевания <input type="checkbox"/>				
повышенный холестерин <input type="checkbox"/>	бронхиальная астма <input type="checkbox"/>				
хронические боли <input type="checkbox"/>	хронический бронхит <input type="checkbox"/>				
раковое заболевание, злокачественная опухоль <input type="checkbox"/>	Психическое расстройство (депрессия, страхи итд.) <input type="checkbox"/>				
бессоница <input type="checkbox"/>	другие <input type="checkbox"/>				
другие хронические заболевания _____					
19. Принимаете ли Вы регулярно медикаменты? (Отметьте все то, что подходит)					
да	нет	да	нет	да	нет
для понижения давления <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	от депрессии или страхов <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	для разжижения крови <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
для снижения уровня холестерина <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	успокоительные <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	против аллергии <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
сердечные <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	от бессоницы <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	против боли <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
против диабета <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	для лёгких / бронхов <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	от прочих заболеваний <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
20. Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?¹					
<u>Ответы необходимо дать на все высказывания!</u>	ни разу	несколько дней	более половины дней	почти каждый день	
Вам не хотелось ничего делать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы были утомлены, или у Вас было мало сил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы плохо о себе думали – Вы считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, Вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3					

21. Насколько сильно Вас беспокоили следующие проблемы за последние 4 недели? ²					
☞ <u>Ответы необходимо дать на все высказывания!</u>	Меня это совсем не беспокоило	Мало беспокоило	Сильно беспокоило		
Боль в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Боль в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Боль в руках, ногах или суставах (колених, тазобедренных суставах и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Менструальные боли или другие проблемы связанные с менструацией (только для женщин)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Боль или другие проблемы во время полового акта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Боль в грудной клетке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Обмороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Усиленное или учащенное сердцебиение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Запор, жидкий стул или понос	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Тошнота, газы или ощущение дискомфорта в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22. Следующие вопросы касаются того, как Вы относились к себе за последние три месяца. Пометьте, пожалуйста, насколько каждое ниже приведённое высказывание к Вам подходит. ³					
☞ <u>Ответы необходимо дать на все высказывания!</u>	абсолютно неверно	неверно	ни то ни другое	верно	абсолютно верно
Я уделял(а) себе время для покоя и отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я внимательно прислушивался / прислушивалась к моим физическим потребностям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я знал(а) что мне нужно, что принесёт мне пользу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я позволял(а) себе, делать перерывы в работе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я мог(ла) радоваться хорошему	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я был(а) способен / способна допустить близость и защищённость и наслаждался / наслаждалась этим состоянием	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я мог(ла) получать удовольствие от приятных событий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я видел(а) положительные стороны жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я мог(ла) радоваться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я был(а) способен / способна допускать положительные эмоции	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я так планировал(а) день, чтобы мне было комфортно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я о себе заботился / заботилась	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Вопросник о восприятии болезни⁴

С помощью нижеприведённых вопросов мы хотели бы узнать о Ваших личных представлениях о Вашей болезни и Ваших симптомах. Поставьте, пожалуйста, подходящие ответы. Даже если Вам покажется, что некоторые вопросы повторяются, обработайте тем не менее все вопросы. Если Вы страдаете ни одной, а несколькими болезнями, концентрируйтесь, пожалуйста, на болезни, которая беспокоит Вас больше всего. **Если Вы абсолютно здоровы, перейдите к „Вопроснику о предпочтениях пациентов во время консультации“ на 8-ой странице!**


A. Ниже перечислены различные симптомы, которые возможно проявились в ходе Вашей болезни. Пожалуйста, пометьте, имели ли Вы этот симптом в ходе Вашей болезни и верите ли Вы, что этот симптом был действительно вызван Вашей болезнью.

☞ Ответы необходимо дать на все высказывания!

	Во время моей болезни у меня был этот симптом		Этот симптом был вызван моей болезнью	
	да	нет	да	нет
боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
боли в горле	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
тошнота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
недостача воздуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
потеря веса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
изнеможение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
боли в суставах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
резь в глазах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
проблемы с пищеварением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
расстройство сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слабость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


B. Нам интересно узнать, как Вы в данный момент оцениваете Ваши симптомы, которые имеются у Вас сейчас. Поставьте, пожалуйста, крестиком соответствующий ответ - насколько Вы согласны или отрицаете следующие высказывания.

☞ <u>Ответы необходимо дать на все высказывания!</u>	абсолютно неверно	едва ли это верно	ни то ни другое	скорее всего - верно	абсолютно верно
Моя болезнь продлится не долго.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь продлится долго.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь быстро пройдёт.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я полагаю, что эта болезнь останется до конца моей жизни.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь оказывает большое влияние на мою жизнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 <i>Ответы необходимо дать на все высказывания!</i>	абсолютно неверно	едва ли это верно	ни то ни другое	скорее всего - верно	абсолютно верно
Моя болезнь не оказывает большого влияния на мою жизнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь сильно влияет на то, как меня оценивают люди.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь имеет для меня веские финансовые последствия.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь создаёт также трудности для моих окружающих.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я могу многое предпринять, чтобы контролировать мои симптомы.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моё поведение влияет на то, улучшится ли или ухудшится моя болезнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От меня зависит протекание моей болезни.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я в сила повлиять на мою болезнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь со временем улучшится.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мало чего можно сделать, чтобы улучшить мою болезнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моё лечение исцелит эффективно мою болезнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Негативные последствия моей болезни я могу предотвратить моим лечением.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моё лечение может держать мою болезнь под контролем.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Симптомы моей болезни для меня необъяснимы.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь для меня загадка.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я не понимаю мою болезнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь не имеет для меня никакого смысла.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я полностью осознаю своё состояние.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Симптомы моей болезни сильно меняются изо дня в день.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мои симптомы возникают и исчезают с повторяющейся закономерностью.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь очень непредсказуема.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь протекает фазами, во время которых мне иногда лучше, иногда хуже.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если я задумываюсь о своей болезни, я чувствую себя удручённым(ой).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Меня охватывает беспокойство, если я задумываюсь о своей болезни.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь приводит меня в ярость.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Меня пугает то, что у меня эта болезнь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моя болезнь меня пугает.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

С. Нам интересно узнать, что Вы думаете по поводу того, что возможно является причиной Вашей болезни. Нас интересует Ваше личное мнение о том, что вызвало Вашу болезнь, а не то, что думают по этому поводу другие люди (Ваши врачи или близкие и др.). Ниже приведены возможные причины Вашей болезни. Поставьте, пожалуйста, насколько Вы согласны с тем, что они вызвали Вашу болезнь.

 <i>Ответы необходимо дать на все высказывания!</i>	абсолютно неверно	едва ли это верно	ни то ни другое	скорее всего - верно	абсолютно верно
стресс и переживания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
наследственность - в моей семье это встречается часто	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бактерии или вирусы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
привычки питания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
случайность или невезение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохое медицинское обеспечение в прошлом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
загрязнение окружающей среды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моё собственное поведение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моё умонастроение, например негативные мысли о жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
семейные проблемы или переживания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
переутомление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моё эмоциональное самочувствие, например чувствовать себя угнетённым(ой), одиноким(ой), боязливым(ой), пустым(ой)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
процесс старения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
алкоголь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
курение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
несчастный случай или травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моя личность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
изменения в иммунной системе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Как Вы думаете, какие три причины больше всего повлияли на то, что у Вас возникло это заболевание? Для ответа Вы можете либо выбрать возможные причины из только что обработанного списка либо написать свои личные предположения.

Самыми важными причинами моей болезни являются:

1. _____
2. _____
3. _____

Вопросник о предпочтениях пациентов во время консультации⁶

Следующие вопросы касаются непосредственно консультации у врача. Мы хотели бы узнать Ваше личное мнение о том, что для Вас важно во время разговора с Вашим / Вашей врачом. Мы просим Вас оценить, насколько Вам важны различные манеры поведения Вашего / Вашей врача, а не то, насколько Ваш(а) врач так себя действительно ведёт. Вам может показаться, что некоторые вопросы похожи - тем не менее ответьте, пожалуйста, на каждый вопрос.

Пожалуйста, ответьте, насколько для Вас важны следующие манеры поведения Вашего врача!

Ваш(а) врач должен / должна...	не так важно	немного важно	важно	очень важно	крайне важно
...вместе с вами взвешивать преимущества и недостатки разных способов лечения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...быть очень уравновешенным(-ой) во время разговора с вами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...иногда обмениваться с Вами приватным словом.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Вас спросить, как Вы оцениваете успех лечения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...по окончании курса лечения сообщить Вам, как лечение Вашей болезни будет проходить дальше.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...справиться о всех ваших недугах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...спросить Вас обо всём, что касается Вашего заболевания.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Вас спросить, что Вы хотели бы знать о Вашем лечении.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ободрять Вас во время разговора.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...совместно с Вами во время разговора составить план лечения и терапевтических мероприятий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...обосновать методы лечения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Вас внимательно выслушать, если Вы хотите что-то сказать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...иногда смеяться во время разговора с Вами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...иногда затрагивать интимные темы, которые связаны с заболеванием.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Вас всегда сердечно приветствовать.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...иногда беседовать с Вами на темы, которые не имеют ничего общего с Вашим заболеванием.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...всегда всё сообщать Вам о Вашем заболевании, даже если это вещи неприятные.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...предоставить Вам возможность задавать вопросы.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...обговорить с Вами лечебный план.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...стараться создать близкие отношения с Вами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...иногда разговаривать с Вами о приватных вещах.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...обговаривать с Вами следующие шаги лечения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ваш(а) врач должен / должна...	не так важно	немного важно	важно	очень важно	крайне важно
...Вас спрашивать, есть ли у Вас жалобы во время терапий / лечения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...у Вас справляться, чем лечение влияет на Вас благоприятно, а чем нет.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Вам объяснить, что точно означает Ваш диагноз.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...в разговоре с Вами излучать спокойствие.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Вам подробно объяснить ход лечения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...всегда быть в разговоре с Вами оптимистичным/-ой и жизнерадостным/-ой.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...до начала лечения попросить Вас, подробно описать Ваши недуги.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...открыто и напрямую сообщить Вам все вещи касательно Вашего заболевания, которые могли бы отяготить Вас (например побочные эффекты лечения).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...в конце разговора с Вами подытожить его результаты.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...спросить о Ваших личных обстоятельствах, что-бы создать полную картину о Вас.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Как бы Вы поступили?					
Ниже описаны различные ситуации. Пожалуйста, пометьте, как бы Вы скорее всего поступили в такой ситуации.					
1. У Вас уже три дня бежит нос, к насморку теперь добавились кашель и температура 38.4. Вы чувствуете слабость, последнюю ночь Вы практически не спали.					
а) Как бы Вы оценили эти симптомы? (Выберите один из следующих ответов)					
Какнибудь пройдёт				<input type="checkbox"/>	
Это может быть серьёзно				<input type="checkbox"/>	
Это всерьёз				<input type="checkbox"/>	
б) Как бы Вы скорее всего поступили? (Выберите один из следующих ответов)					
Я не буду ничего предпринимать				<input type="checkbox"/>	
Я полечусь сам(а)				<input type="checkbox"/>	
Я пойду к домашнему врачу / терапевту				<input type="checkbox"/>	
Я пойду к специалисту				<input type="checkbox"/>	
Я пойду в больницу или вызову врача на дом				<input type="checkbox"/>	

в) Как Вам кажется, что было бы необходимо предпринять? (Отметьте все то, что подходит)	
Ничего предпринимать не надо	<input type="checkbox"/>
Мне должны дать / выписать медикаменты	<input type="checkbox"/>
Мне должны исследовать кровь	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать рентген	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать ЭКГ (электрокардиограмму)	<input type="checkbox"/>
Меня должны положить в больницу	<input type="checkbox"/>
2. Вы проснулись утром с очень сильной болью в середине грудной клетки. Вы испытываете недостаток воздуха и страх.	
а) Как бы Вы оценили эти симптомы? (Выберите один из следующих ответов)	
Какнибудь пройдёт	<input type="checkbox"/>
Это может быть серьёзно	<input type="checkbox"/>
Это всерьёз	<input type="checkbox"/>
б) Как бы Вы скорее всего поступили? (Выберите один из следующих ответов)	
Я не буду ничего предпринимать	<input type="checkbox"/>
Я полечусь сам(а)	<input type="checkbox"/>
Я пойду к домашнему врачу / терапевту	<input type="checkbox"/>
Я пойду к специалисту	<input type="checkbox"/>
Я пойду в больницу или вызову врача на дом	<input type="checkbox"/>
в) Как Вам кажется, что было бы необходимо предпринять? (Отметьте все то, что подходит)	
Ничего предпринимать не надо	<input type="checkbox"/>
Мне должны дать / выписать медикаменты	<input type="checkbox"/>
Мне должны исследовать кровь	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать рентген	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать ЭКГ (электрокардиограмму)	<input type="checkbox"/>
Меня должны положить в больницу	<input type="checkbox"/>
3. У Вас высокое давление и Ваш врач посоветовал Вам, регулярно принимать таблетки и больше двигаться. Вам сегодня нехорошо - у Вас кружится голова и Вы утомлены.	
а) Как бы Вы оценили эти симптомы? (Выберите один из следующих ответов)	
Какнибудь пройдёт	<input type="checkbox"/>
Это может быть серьёзно	<input type="checkbox"/>
Это всерьёз	<input type="checkbox"/>

б) Как бы Вы скорее всего поступили? (Выберите <u>один</u> из следующих ответов)	
Я не буду ничего предпринимать	<input type="checkbox"/>
Я полечусь сам(а)	<input type="checkbox"/>
Я пойду к домашнему врачу / терапевту	<input type="checkbox"/>
Я пойду к специалисту	<input type="checkbox"/>
Я пойду в больницу или вызову врача на дом	<input type="checkbox"/>
в) Как Вам кажется, что было бы необходимо предпринять? (Отметьте все то, что подходит)	
Ничего предпринимать не надо	<input type="checkbox"/>
Мне должны дать / выписать медикаменты	<input type="checkbox"/>
Мне должны исследовать кровь	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать рентген	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать ЭКГ (электрокардиограмму)	<input type="checkbox"/>
Меня должны положить в больницу	<input type="checkbox"/>
4. Уже несколько недель Вы чувствуете себя усталым / усталой и подавленным / подавленной. Вы плохо спите, поскольку у Вас в голове постоянно крутятся мысли.	
а) Как бы Вы оценили эти симптомы? (Выберите <u>один</u> из следующих ответов)	
Какнибудь пройдет	<input type="checkbox"/>
Это может быть серьезно	<input type="checkbox"/>
Это всерьез	<input type="checkbox"/>
б) Как бы Вы скорее всего поступили? (Выберите <u>один</u> из следующих ответов)	
Я не буду ничего предпринимать	<input type="checkbox"/>
Я полечусь сам(а)	<input type="checkbox"/>
Я пойду к домашнему врачу / терапевту	<input type="checkbox"/>
Я пойду к специалисту	<input type="checkbox"/>
Я пойду в больницу или вызову врача на дом	<input type="checkbox"/>
в) Как Вам кажется, что было бы необходимо предпринять? (Отметьте все то, что подходит)	
Ничего предпринимать не надо	<input type="checkbox"/>
Мне должны дать / выписать медикаменты	<input type="checkbox"/>
Мне должны исследовать кровь	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать рентген	<input type="checkbox"/>
Мне должны сделать ЭКГ (электрокардиограмму)	<input type="checkbox"/>
Меня должны положить в больницу	<input type="checkbox"/>
Большое спасибо за Вашу помощь!	
<p>^{1,2} PHQ-9, PHQ-15 (Patient Health Questionnaire, Lowe et al., 2002; Spitzer et al., 1999)</p> <p>³ HSF (Der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen, Harfst et al. 2009)</p> <p>⁴ IPQ-R (Illness Perception Questionnaire – R, Gaab et al., 2004)</p> <p>⁵ KOPRA (Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen, Farin et al. (under review))</p>	